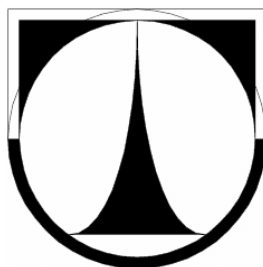


Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií



Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Kvalita paliativní péče v lůžkových hospicích

The quality of palliative care in inpatient hospice

Jitka Kadeřábková

Bakalářská práce

Liberec 2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jitka Kadeřábková
Osobní číslo: Z09000050
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Kvalita paliativní péče v lůžkových hospicích
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

1. Zjistit a vyhodnotit úroveň paliativní péče v lůžkových hospicích v oblasti vědomostí a dovedností sester.
2. Zhodnotit ambice sester v oblasti vzdělávání.
3. Komparace výsledků výzkumného šetření mezi personálem jednotlivých hospiců.

Teoretická východiska:

Každý pacient je bio - psycho - sociální bytost. Pacient v terminální stádiu potřebuje především kvalitní paliativní péči.

Aby tato péče byla opravdu kvalitní, musí zahrnovat nejen zmírňování symptomů, ale i péči o sociální, psychickou a spirituální stránku člověka.

Ta může být poskytována jen za předpokladu dostatečného množství kvalifikovaného personálu, který dokáže pacientovy problémy zmapovat a komplexně řešit.

Výzkumné předpoklady:

1. Domnívám se, že 60% sester odpoví správně alespoň na 70% otázek, týkajících se teoretických znalostí oblasti paliativní péče.
2. Očekávám, že 70% sester má dobré dovednosti v oblasti paliativní péče.
3. Předpokládám, že 50% sester se zúčastňuje odborných seminářů, čte odbornou literaturu a má zájem se dále vzdělávat.

Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník - poštovní, osobně předávaný

Místo a čas výzkumu: lůžkové hospice v ČR


prosinec - leden 2011/2012

Vzorek: sestry v lůžkových hospicích


Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek, 10 grafů
Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Bláhová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **15. září 2010**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2012**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- 1) VIRTH, Günter. Žít až do konce. Praha: Vyšehrad 2000. 95 stran. ISBN 80 - 7021 - 330 - 2.
- 2) HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání. Praha : Galén 2007. 244 stran. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 3) JAKOUBKOVÁ, Jaroslava et al. Trendy soudobé onkologie. Svazek 1. Praha: Galén 1998. 125 stran. ISBN 80 - 85824 - 78 - 7.
- 4) KALVACH, Zdeněk, SLÁMA, Ondřej. Vzdělávání v paliativní péči (Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů). Praha: Cesta domů 2004. 34 stran.
- 5) MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing 2010. 128 stran. ISBN 978 - 80 - 247 - 3171 - 1.
- 6) MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada Publishing 2005. 108 stran. ISBN 80 - 247- 1025 - 0.
- 7) O organizaci paliativní péče. Doporučení REC (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Praha: Cesta domů 2004. 50 stran.
- 8) SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří, MISCONIOVÁ, Blanka. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře 2005. 16 stran. ISBN 80 - 86998 - 03 - 7
- 9) SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén 2007. 362 stran. ISBN 978-80-7262-505-5.
- 10) SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán. Koncepce paliativní péče v ČR (Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi). Praha: Cesta domů, 2004. 48 stran. ISBN 80 - 239 - 4330 - 8.
- 11) SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo 1998. 148 stran. ISBN 80 - 902049 - 1 - 0.
- 12) ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán. Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče. Praha: Cesta domů 2004. 40 stran. ISBN 80 - 239 - 4329 - 4.
- 13) VORLÍČEK, Jiří, ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing 2006. 328 stran. ISBN 80 - 247 - 1716 - 6.
- 14) VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing 1998. 480 stran. ISBN 80 - 7169 - 437 - 1.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum 10. 6. 2012

Podpis



Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Haně Bláhové za vedení mé bakalářské práce, poskytnutí odborných konzultací, cenných rad a připomínek. Všem respondentům, kteří se aktivně podíleli v empirické části mé bakalářské práce a nakonec mé rodině a nejbližším, kteří mě podporovali po celou dobu mého studia.

Anotace

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Jitka Kadeřábková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Kvalita paliativní péče v lůžkových hospicích

Vedoucí práce: Mgr. Hana Bláhová

Počet stran: 120

Počet příloh: 10

Rok obhajoby: 2012

Souhrn: Předmětem bakalářské práce je kvalita paliativní péče, která je poskytována v hospicích v České republice. V teoretické části je popsána paliativní péče, hospic a hospicová péče, vzdělávání a kvalita zdravotní a paliativní ošetrovatelské péče.

Empirická část má za cíl zjistit, jakými vědomostmi a dovednostmi zdravotní sestry pracující v hospici disponují a jaké mají ambice se dále vzdělávat. K získání informací byl použit dotazník, který byl distribuován do hospiců v České republice. Získané poznatky byly zpracovány do tabulek a grafů. Bylo prokázáno, že zdravotní sestry mají dobré vědomosti a dovednosti z oblasti paliativní péče a mají ambice se dále vzdělávat.

Klíčová slova: paliativní medicína a paliativní péče, hospic, vzdělávání, kvalita

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Jitka Kadeřábková

Institution: Technical university of Liberec, Institute of health studies

Title: The quality of palliative care in inpatient hospice

Supervisor: Mgr. Hana Bláhová

Pages: 120

Addenda: 10

Year: 2012

Summary: Subject of this thesis is the quality of palliative care that is provided in hospices in the Czech Republic. In the theoretical part are described palliative care, hospice and hospice care, education and quality of health and palliative care. The empirical part aims to determine what knowledge and skills have nurses working in hospices and what ambition they have to further education. Research method was chosen a questionnaire, which was distributed to hospices in the Czech Republic. Results were presented in tables and graphs.

It has been shown that nurses have good knowledge and skills in palliative care and have the ambition to further education.

Key words: palliative medicine and palliative care, hospice, education, quality

Obsah

Obsah	9
Seznam použitých zkratk	11
Úvod.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1. Paliativní péče.....	15
1.1. Principy paliativní péče	17
1.2. Historie paliativní péče	17
1.2.1. Vývoj paliativní péče ve světě	17
1.2.2. Vývoj paliativní péče v ČR.....	19
2. Hospic a hospicová péče.....	21
2.1. Hospicová péče	21
2.2. Hospic	21
2.2.1. Indikace přijetí K/P do hospice	22
2.2.2. Personál	24
2.2.3. Dobrovolníci	24
3. Vzdělávání v paliativní péči	25
3.1. Kurz ELNEC.....	27
3.2. Kurz paliativní péče pro všeobecné sestry a porodní asistentky ve Zlíně ..	28
4. Kvalita.....	28
4.1. Kvalita zdravotní péče	29
4.1.1. Standardizace	29
4.1.2. Licence a registrace zdravotnických zařízení a zdravotníků.....	30
4.1.3. Akreditace zdravotnických zařízení.....	31
4.1.3.1. Vývoj akreditačního systému v USA.....	33
4.1.3.2. Vývoj akreditačního systému v ČR.....	34
4.1.4. Audit.....	35
5. Kvalita paliativní ošetrovatelské péče	36
5.1. Kvalita života.....	37
5.1.1. Kvalita života nevyléčitelně nemocných K/P	38
5.1.1.1. Tělesné obtíže.....	38
5.1.1.2. Funkční zdatnost	40
5.1.1.3. Existenciální a duchovní oblast.....	40
5.1.1.4. Psychologická oblast.....	41
5.1.1.5. Sociální oblast	42
5.1.1.6. Nejčastější ošetrovatelská problematika v paliativní péči	42
5.1.1.6.1. Biologické potřeby	43

5.1.1.6.2. Potřeby psychosociální.....	45
5.1.1.6.3. Potřeby duchovní	46
EMPIRICKÁ ČÁST	47
6. Metodika práce	47
6.1. Cíle a výzkumné předpoklady	47
6.2. Metodika a harmonogram výzkumu	47
6.3. Charakteristika sledovaného souboru	48
7. Vyhodnocení získaných dat	49
8. Komparace výsledků mezi jednotlivými hospici.....	75
9. Diskuze	85
9.1. Výzkumný předpoklad č. 1	85
9.2. Výzkumný předpoklad č. 2	86
9.3. Výzkumný předpoklad č. 3	87
10. Návrh na řešení zjištěných problémů.....	87
11. Závěr	89
Soupis bibliografických citací	91
Seznam tabulek	94
Seznam obrázků	95
Seznam příloh	96

Seznam použitých zkratk

AACN	American Association of Colleges of Nursing
AČ	absolutní četnost
ADL	Ativity Daily Living
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
BPI	Brief Pain Inventory
COH	City of Hope
č.	číslo
ČR	Česká republika
dg.	diagnóza
ELNEC	End – of – Life Nursing Education Consortium
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro standardizaci)
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
i.v.	intravenózní aplikace
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commissio International
K/P	klient/pacient
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
např.	například
RČ	relativní četnost [%]
SAK	Spojená akreditační komise
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tab.	tabulka
USA	United States of America (Spojené státy americké)
viz.	videre licet (lze vidět)

VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
WHO	World Health Organization

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám kvalitou paliativní péče v lůžkových hospicích. Rozhodla jsem se psát o paliativní a hospicové péči, o její kvalitě a vzdělávání zdravotních sester.

Toto téma jsem si zvolila z několika důvodů. Prvním důvodem je nezadržitelné tempo, kterým se paliativní a hospicová péče vyvíjí. Důkazem je rozvoj hospicového hnutí a hospiců v České republice, které je více než chvályhodné. Druhým důvodem je stále větší častost kontaktu zdravotní sestry s onkologicky nemocným klientem/pacientem (dále jen K/P). V dnešní době se zdravotní sestra s onkologicky nemocným K/P setkává nejen na onkologickém oddělení, ale i na interním a chirurgickém. Mnozí se domnívají, že zdravotní sestra, pracující na standardním lůžkovém oddělení, zná základy paliativní péče, její principy a nepříjemné symptomy, které K/P sužují, a je schopna poskytnout kvalitní paliativní péči v rámci svých možností. Ovšem opak může být pravdou. Od zdravotní sestry, která pracuje v hospici se očekávají obsáhlé vědomosti a dovednosti v oblasti paliativní péče. Pracuje v zařízení, které garantuje K/P, že bude umírat v klidu, důstojně, bezbolestně a smířen se svým osudem. Aby byla tato péče opravdu kvalitní, je zapotřebí, aby se zdravotní sestra neustále vzdělávala a byla schopna pečovat nejen o K/P fyzickou, ale i sociální, psychickou a spirituální stránku.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabývám pěti stěžejními okruhy – paliativní péče, hospic a hospicová péče, vzdělávání v paliativní péči, kvalita a kvalita paliativní ošetrovatelské péče.

V empirické části se zaměřuji na analýzu zdravotních sester pracujících v hospici, od kterých jsem prostřednictvím dotazníků zjišťovala, zda mají dobré vědomosti a dovednosti v oblasti paliativní péče. Dále jsem mapovala, zda se zdravotní sestry vzdělávají v oboru paliativní péče - čtou odbornou literaturu, účastní se odborných seminářů, konferencí a kurzů, mají dostatečnou podporu svého zaměstnavatele k dalšímu vzdělávání.

Ve své práci jsem si stanovila 3 cíle:

- zjistit a vyhodnotit úroveň paliativní péče v lůžkových hospicích v oblasti vědomostí a dovedností sester,
- zhodnotit ambice sester v oblasti vzdělávání,
- komparace výsledků výzkumného šetření mezi personálem jednotlivých hospiců.

Výzkumné předpoklady jsem si stanovila tyto:

- domnívám se, že 60% zdravotních sester odpoví správně alespoň na 70% otázek, týkajících se teoretických znalostí v oblasti paliativní péče,
- očekávám, že 70% zdravotních sester má dobré dovednosti v oblasti paliativní péče,
- předpokládám, že 50% zdravotních sester se zúčastňuje odborných seminářů, čte odbornou literaturu a má zájem se dále vzdělávat.

Z výsledků výzkumu mé bakalářské práce lze stanovit, jaká slabá místa v oblasti vědomostí a dovedností zdravotní sestry pracující v hospici mají. Bylo by možné vypracovat např. obsah kurzu, semináře, který by se jednotlivými problémy zabýval a poskytl tak zdravotním sestrám možnost své nedostatky napravit a vědomosti prohloubit.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. (Skála, 2005, str.1)

Paliativní péče je indikována ve chvíli, kdy selhaly všechny kurativní možnosti léčby. Používá se ve spojení s dalšími terapeutickými postupy, které mají za úkol prodloužit život pacienta, jako je chirurgie, radioterapie, chemoterapie, hormonální léčba. (Skála, 2005)

Cílovou skupinou paliativní péče jsou K/P s onkologickým onemocněním, neurodegenerativním onemocněním (demence, roztroušená skleróza), s AIDS, CHOPN, pacienti v konečném stádiu chronického orgánového onemocnění (jaterní cirhóza, srdeční selhání, selhání ledvin). (Sláma, 2007)

Termín „paliativní“ pochází z latinského slova *pallium*, což v překladu znamená maska, zakrytí pláštěm. Paliativní péče se snaží zakrýt nepříjemné příznaky nevléčitelné choroby, které K/P sužují. (Munzarová, 2005)

Definice paliativní péče je řada. Postupem času se vyvíjejí a mění se společně s vývojem paliativní medicíny.

Obvykle se vychází z definice WHO (1986), která paliativní péči definuje takto: *„celková léčba a péče o nemocného, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienta a jejich rodinu“.* (Vorlíček, 2006, str. 151)

Novější definice WHO (2002) klade větší důraz na prevenci utrpení: *„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí*

problémům spojeným s život – ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zajištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“. (Munzarová, 2005, str. 62)

„Paliativní medicína znamená aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zvládání dalších doprovodných symptomů a zmírňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Hlavním cílem paliativní medicíny a paliativní péče je tedy realizace co možná nejlepší kvality života pro pacienta a jeho blízké. Chce pacienta podporovat, aby mu umožnila pokud možno autonomní život až do smrti, a stát po boku jeho blízkým, aby se mohli lépe vyrovnat s nemocí a smutkem“ (Virth, 2000, str. 39)

Paliativní péče je rozdělena na obecnou a specializovanou péči podle míry komplexnosti péče k udržení kvality života. Všechna zdravotnická zařízení by měla být schopná poskytnout obecnou paliativní péči ke zkvalitnění K/P života a specializovanou paliativní péči by měla poskytovat jen zařízení k tomu určená. *„Obecnou paliativní péči rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. „, „Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu“* (Špinková, 2004, str.12)

Specializovanou paliativní péči poskytuje:

- mobilní hospic,
- lůžkový hospic,
- oddělení paliativní péče v rámci nemocnice či léčebny,
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení,
- specializovaná ambulance paliativní péče,
- denní stacionář paliativní péče,
- zvláštní zařízení paliativní péče (poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek). (Marková, 2010, Špinková, 2004)

1.1. Principy paliativní péče

PALIATIVNÍ PÉČE

- chápe umírání jako součást lidského života a respektuje, že každý tuto konečnou etapu svého života prožívá individuálně,
- chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných,
- snižuje bolest a jiné nepříjemné symptomy (dušnost, terminální chrčivé dýchání, kašel, nauzeu, zvracení, škytavku, nechutenství, zácpu, svědění, ascites) tak, aby byl K/P schopen žít až do smrti tak aktivně, jak je to jen možné,
- dbá na kvalitu života,
- respektuje přání, potřeby každého nemocného a jejich rodin,
- má interdisciplinární charakter,
- umožňuje nemocným, aby svoji poslední etapu života prožili ve společnosti svých blízkých v klidném a příjemném prostředí,
- nabízí pomoc a podporu rodinám, blízkým s vyrovnáním se s nemocí jejich blízkého a pozdější ztrátou. (Špinková, 2004, Sláma, 2004)

1.2. Historie paliativní péče

1.2.1. Vývoj paliativní péče ve světě

Již ve středověku měli lidé zájem o doprovázení těžce nemocného při umírání, dbalo se na péči nejen o jeho tělo, ale i duši. A proto často vznikaly útulky pro těžce nemocné při některých klášterech. Slovem „hospic“ se ve středověku označovalo přístřeší, které mohli využívat poutníci a cestovatelé směřující do Palestiny. Avšak teprve v 19. století se začalo spojovat slovo „hospic“ s péčí o umírající nemocné. (Haškovcová, 2007)

V roce 1842 ovdovělá žena a matka, jíž zemřelo dítě, Jeanne Garnierová založila ve francouzském Lyonu společenství žen (hlavně ovdovělých), které se staralo o nevyléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný „hospic“- místo, kam přicházeli nevyléčitelně nemocní na konci života.

Místo, kde byla snaha, aby nemocný umíral bez bolesti, smířen se svým osudem, obklopen rodinou, zdravotníky či dobrovolníky, kteří se snaží jim tuto těžkou cestu usnadnit. (Vorlíček, 1998)

Marie Aikenheadová založila v Dublinu kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním posláním bylo doprovázet umírající při umírání a zřízení nemocnice. Marie Aikenheadová založila několik domů v Irsku a po její smrti milosrdné sestry pokračovaly ve zřizování hospiců v Austrálii, Skotsku či Anglii. V hospici sv. Josefa v Londýně pracovala Cicely Saundersová, nejdříve jako zdravotní sestra a sociální pracovnice a později, ve věku 38 let získala lékařské vzdělání. Již v mládí zastávala názor, že umírající potřebuje speciální péči a má být ušetřen utrpení. Věnovala se umírajícím nemocným a setkání s Davidem Tasmou ji utvrdilo v jejím přesvědčení. Tento polský emigrant, který neměl rodinu ani přátele, byl hospitalizován v hospici sv. Josefa, aniž by věděl svou diagnózu. Cicely Saundersová se chopila tohoto těžkého úkolu a pravdu Tasmovi sdělila, což bylo značně neobvyklé. Pomáhala mu, aby se smířil s přicházející smrtí, a starala se o něj do posledních chvil. David Tasma ji byl vděčný za sdělení pravdy a doprovázení na této těžké cestě, a proto věnoval Cicely Saundersové 500 liber na zhotovení podobného zařízení. (Vorlíček, 1998, Haškovcová, 2007)

V 50. letech Cicely Saundersová formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných. Objevila vážné nedostatky v plnění potřeb jak nemocného, tak i jeho rodiny, a začala tyto nedostatky řešit. Zaměřila se na celostní péči o nemocného, jeho rodinu, péči v období zármutku a dbala na interdisciplinární týmovou spolupráci. Významný je její výzkum o použití morfinu per os k léčbě chronické nádorové bolesti. V roce 1967 zakládá v Londýně hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o „celkovou bolest“ (bolest je spjata také s psychickou, sociální a duchovní oblastí, a proto je důležité mírnit bolest celkově, a ne jednotlivé složky odděleně) terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Koncept Cicely Saundersové je považován za počátek moderního hospicového hnutí. Hospic sv. Kryštofa, který je dnes nazýván mateřským domem hospicového hnutí, poskytoval vzdělání lékařům z celého světa, kteří mohli uplatnit své dovednosti ve svých zemích, a zkvalitnit tak paliativní péči. (Vorlíček, 1998, Haškovcová, 2007)

Vztah mezi zastánci paliativní péče, hospiců a lékařů byl z počátku velmi napjatý. V 2. polovině 20. století byl vývoj medicíny téměř nezadržitelný. Vývoj nových technologií, možnost transplantace některých orgánů dávalo lidstvu a hlavně lékařům pocit, že jednoho dne zvítězí nad všemi chorobami. A proto nevyлéčení choroby nemocného bylo pro lékaře neúspěchem a z jejich pohledu se nedalo již nic dělat. Zastánci hospicového hnutí byli a jsou přesvědčeni, že můžeme udělat pro nemocného ještě mnoho, zlepšit kvalitu života, než zemře. (Vorlíček, 1998)

Hospicové hnutí začalo poskytovat svou pomoc v několika formách. Z počátku vznikaly samostatné lůžkové hospice, na které později navázala domácí hospicová péče („mobilní hospic“). Ta poskytovala svým K/P kvalitní péči ve spolupráci s rodinou v domácím prostředí. Dále vznikaly denní hospicové stacionáře. (Vorlíček, 1998)

V roce 1974 byla založena střešová organizace Help the Hospices, jejíž prezidentkou se stala Cicely Saundersová. V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. (Vorlíček, 1998, Haškovcová, 2007)

Ve Velké Británii byla paliativní medicína uznána jako samostatný specializační obor v roce 1986 Královskou lékařskou společností, jejíž členem byla právě Cicely Saundersová. (Haškovcová, 2007)

1.2.2. Vývoj paliativní péče v ČR

Vývoj paliativní péče byl v České republice značně opožděn. Zájem o paliativní medicínu a paliativní péči se u nás rozvinul až po tzv. Sametové revoluci v roce 1989. Řada sester a lékařů měla možnost navštívit zahraniční pracoviště, na kterých získali mnoho zkušeností a teoretických znalostí o paliativní medicíně, péči a hospicích. Za hlavní iniciátorku vývoje paliativní péče a hospicového hnutí je považována MUDr. Marie Svatošová, která v 90. letech zorganizovala péči o smrtelně nemocné K/P pomocí mobilního hospice. (Vorlíček, 1998)

Dne 2. Listopadu 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou u Brna, kde se o 20 K/P starala primářka Jana Skříčková a od

roku 1999 primářka Ilona Binková. Oddělení paliativní péče v Babicích nad Svitavou bylo bohužel později změněno na LDN. (Vorlíček, 1998)

V roce 1993 založila MUDr. Marie Svatošová občanské sdružení Ecce homo, které mělo za cíl rozvinout hospicové hnutí v České republice, prosadit myšlenku domácí paliativní péče a poskytování paliativní péče i na odděleních v nemocnicích. (Haškovcová, 2007)

Dne 8. prosince roku 1995 byl otevřen první samostatný lůžkový hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Ten je společným projektem Diecézní charity Hradec Králové a sdružení Ecce homo. Hospic byl vybudován v neuvěřitelně krátkém čase 13 měsíců a v lednu 1996 byli přijati první K/P. Vybudování dalších hospiců nenechalo na sebe dlouho čekat a dnes máme již více jak 12 lůžkových hospiců, které vznikly díky finanční podpoře Ministerstva zdravotnictví České republiky. (Haškovcová, 2007)

Ve FN Brno je od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci oddělení léčby bolesti. Ambulance či centra léčby bolesti jsou v České republice značně rozšířená, poskytují komplexní péči léčby bolesti, avšak ne komplexní paliativní péči. (Vorlíček, 1998)

V České Republice vznikl samostatný obor Paliativní medicína a léčba bolesti až v roce 2004. Dnes je považována za střešovou organizaci paliativní a hospicové péče Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, jež byla založena v roce 2005. Její prezidentkou se stala MUDr. Marie Svatošová a za svou práci byla oceněna státním vyznamenáním Medaile Za zásluhy. (Haškovcová, 2007)

2. Hospic a hospicová péče

2.1. Hospicová péče

„Zcela uspokojivá definice hospicové péče neexistuje. Původně se tento pojem používal pro formu péče, jež se rozvinula v protikladu k běžné zdravotní péči. Hospicová péče kladla důraz na komfort, psychické a spirituální rozměry péče a mnoho práce tu vykonávali dobrovolníci. Dnes je v mnoha zemích stále častěji termín hospicová péče používán jako synonymum paliativní péče.“ (Špinková, 2004, str. 32)

Hospicová péče má 3 formy a nemocný má možnost v průběhu své nemoci vystřídat všechny:

- **domácí hospicová péče** umožňuje nemocnému zůstat ve svém domácím prostředí, bez bolesti, nepříjemných symptomů, které chorobu provázejí,
- **lůžková hospicová péče,**
- **denní hospicový stacionář** zajišťuje denní péči K/P, ergoterapii, fyzioterapii, psychoterapii. K/P může do denního stacionáře docházet denně a na noc odjíždí zpět domů ke své rodině. Pečující rodina může přes den navštěvovat zaměstnání, odpočinout si a večer opět převzít péči o svého blízkého. (Haškovcová, 2007, Špinková, 2004)

2.2. Hospic

Když se řekne slovo „hospic“, mnoho lidí si představí místo, kam chodí nemocní lidé v klidu umírat. Svým způsobem je to pravda, je to místo, kam chodí lidé umírat v klidu, bez bolesti, většinou smíření se svým osudem. Je to místo, kde je K/P chápán jako jedinečná bytost, jsou respektovány jeho psychické, sociální, spirituální potřeby a jsou respektována pacientova rozhodnutí, ať už jsou jakákoliv. V hospici je kladen hlavně důraz na kvalitu života nemocného, intimitu a přátelské prostředí. Důležité je, aby K/P nebyl v těžkých obdobích svého života sám, a hospic myslí i na toto. Umožňuje rodině a přátelům pobývat neomezeně se svým blízkým. (Vorlíček, 2006)

Hospic je nestátní zdravotnické zařízení, které je částečně financováno z programu Ministerstva zdravotnictví ČR, dotacemi z rozpočtu, zdravotními pojišťovnami, sponzorskými dary, financemi z benefičních akcí a také samostatnými K/P. Je to lůžkové zařízení s cca 25 lůžky. Mimo jiné může také hospic zajišťovat domácí hospicovou péči (mobilní hospic), sociální služby, odlehčovací služby, odlehčovací terénní služby, půjčování pomůcek, základní a odborné sociální poradenství. Ve starších hospicích, např. Hospic Anežky České, se nacházejí vícelůžkové pokoje, ovšem dnešním trendem je poskytnout K/P co nejvíce soukromí, a proto novější hospice disponují jen s jednolůžkovými pokoji. Hospic je zařízen takovým způsobem, aby vzbuzoval dojem, že je K/P v domácím prostředí. Každý pokoj je obvykle vybaven telefonem, mnohdy televizorem a dalšími spotřebiči, které pacientovi zpříjemní jeho pobyt. Pro každého jsou k dispozici domácí zařízení společenské prostory, kaple, místnost posledního rozloučení a zahrada, terasy, které mohou K/P ve slunečných dnech využívat, a být na čerstvém vzduchu. Jak už bylo zmíněno, v hospici je kladen důraz na to, aby K/P nebyl sám, proto jsou návštěvy povoleny nepřetržitě. Velkou výhodou je možnost, aby byl jeden příbuzný přítomen u K/P trvale. Denní režim v hospici je zcela odlišný od režimu v nemocnicích. Vše je přizpůsobeno K/P, a proto když se rozhodne spát déle než ostatní K/P, nikdo z personálu mu v tom nebrání, když se rozhodne vykonávat hygienu odpoledne, personál mu vyjde vstříc. K/P může kdykoliv opustit hospic a jít s dobrovolníkem na nákup, procházku či navštívit rodinu, ovšem pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. (Haškovcová, 2007, Vorlíček, 1998)

2.2.1. Indikace přijetí K/P do hospice

Do hospice je přijímán K/P, který splňuje tyto čtyři podmínky:

- postupující choroba ohrožuje nemocného na životě,
- K/P potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči,
- K/P momentálně nepotřebuje akutní nemocniční péči,
- domácí péče není možná nebo není dostačující. (Svatošová, 1998)

K/P je do hospice přijímán na základě vlastní žádosti, žádosti rodiny či praktického lékaře (viz. příloha č. 1). Je nutné vyplnit formulář s žádostí o přijetí a plný písemný informovaný souhlas, ve kterém se K/P zavazuje, že je obeznámen s paliativní

léčbou, která bude zaměřena na léčbu bolesti, symptomů, a ne na léčbu samotné choroby, která se ukázala jako neúčinná (viz. příloha č. 2). (Haškovcová, 2007)

Nejčastějšími důvody, které jsou překážkou k podepsání informovaného souhlasu, tyto:

- pozmeněné nebo ztracené vědomí, které neumožňuje vhled do situace, a tudíž není reálné získat kvalifikované stanovisko K/P k navrhovanému paliativnímu programu,
- situace, kdy K/P nezná, resp. nemůže nebo nechce vědět nic o svém skutečném zdravotním stavu a není ochoten nebo schopen přijmout informaci o neblahé prognóze svého onemocnění,
- onemocnění, které K/P nedovolí využít aktivní hospicový program a u kterého je plně indikován ošetrovatelský ústav. (Haškovcová, 2007)

Průměrná doba hospitalizace v hospici je 20 – 30 dní, někdy je ale možné dobu hospitalizace prodloužit. Ne všichni nemocní v hospici zemřou, někteří se vracejí domů po úspěšném zvládnutí bolesti a dalších symptomů. Je důležité se zamyslet, zda lékaři myslí na paliativní péči včas. Mnozí K/P přijíždějí do hospice již v terminálním stádiu a v této chvíli již není hospic K/P schopen nabídnout takové služby, jaké by si zasloužil. Mnohdy K/P umírá po příjezdu do hospice a musím se ptát „Je to etické?“. Nebylo by vůči K/P fér, říci mu celou pravdu o závažnosti jeho zdravotního stavu a nenechávat ho v domněnání, že další plánovaná vyšetření či zákroky budou úspěšné, a raději K/P nabídnou všechny dostupné informace o paliativní péči, hospicích, domácím hospici a denních stacionářích? Ale proč tomu tak je? Musíme si uvědomit, že v posledních letech se vítězná medicína vyvíjela nezadržitelným tempem a mnozí se domnívají, že jednoho dne zvítězí i nad smrtí. V tu chvíli, kdy lékař zjišťuje, že pro K/P již nemůže nic udělat, bere tento fakt jako osobní prohru. Ano, lékař nemůže vyléčit K/P chorobu, ale může zajistit, aby prožil zbytek svého života kvalitně, bez bolesti, obklopen rodinou a láskou. Další příčinou může být také nedostačující výuka lékařů v oblasti komunikace a navázání partnerského vztahu „lékař – K/P“. A nakonec může být příčinou tohoto jednání také strach ze smrti, uvědomění si vlastní smrtelnosti. (Vorlíček, 1998)

2.2.2. Personál

V hospici může pracovat kdokoliv, kdo má rád lidi, je si vědom konečnosti svého života, smrtelnosti a je odhodlán pomáhat nemocným v posledních chvílích jejich života. Musí umět naslouchat, získat si důvěru, měl by být ochoten vyslechnout K/P stesky a pocity v kteroukoliv denní hodinu. Lékaři a zdravotní sestry jsou vybírány na základě odbornosti. (Vorlíček, 1998)

Aby byla paliativní péče opravdu kvalitně poskytována, měla by být poskytována multidisciplinárním týmem, ve kterém má své místo i rodina a sám K/P. K/P úloha v týmu je aktivní, je seznámen se všemi podrobnostmi léčebného režimu, všechny další kroky jsou s ním pečlivě konzultovány, a je seznámen se všemi možnými riziky. Multidisciplinární tým zahrnuje primáře, který stojí v čele hospice, sekundární lékaře, lékaře konziliáře, vrchní sestru, staniční sestru, zdravotní sestry, ošetřovatele, sociální pracovníky, duchovní, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, arteterapeuty, muzikoterapeuty, klinické a zdravotnické psychology, psychoterapeuty, odborníky na výživu, dietology a nakonec také dobrovolné pracovníky. (Marková, 2010, Haškovcová, 2007)

Zdravotní sestra je v tomto týmu K/P jako profesionál nejbližší. Důležité je, aby s ním navázala vztah plný důvěry a porozumění, uměla mu odpovědět na mnohé otázky a problémy, které ho tíží. Musí být schopna v týmu správně komunikovat a předávat ostatním členům týmu informace o K/P samotném i jeho rodině. Může se stát, že se K/P se svými problémy nesvěří lékaři ani zdravotní sestře, ale dobrovolníkovi, ošetřovateli, a proto je důležité, aby komunikace v týmu byla partnerská a každý člen týmu měl prostor vyjádřit se ke každému K/P ze svého pohledu. Právě kvalitní komunikace mezi členy týmu umožňuje poskytování kvalitní paliativní péče. (Marková, 2010)

2.2.3. Dobrovolníci

Dobrovolníci jsou pečovatelé, kteří věnují část svého času paliativní péči o pacienty bez nároku na odměnu a bez předchozího vztahu k pacientovi. (Špinková, 2004, str. 32) Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy týmu. Zajišťují většinu práce okolo hospice, péči o květiny, připravují různé kulturní akce, zařizují drobné nákupy

pro K/P, dělají jim společnost. Mnohdy právě díky dobrovolníkům poskytuje hospic K/P pocit bezpečí, pocit, že jsou v domácím prostředí, v prostředí kde je dostatek lásky a porozumění. Mezi dobrovolníky najdeme všechny různé věkové kategorie, pohlaví, národnosti. (Haškovcová, 2007)

3. Vzdělávání v paliativní péči

V České republice byla paliativní medicína a léčba bolesti uznána roku 2004 Zákonem č. 95/2004 Sb. za samostatný obor, a tím se vytvořil prostor pro vzdělávání. Aby se paliativní péče v naší zemi rozvíjela a zvyšovala své kvality, je zapotřebí, aby se zdravotníci a lékaři neustále vzdělávali v oblasti paliativní medicíny a péče. (Haškovcová, 2007)

Vzdělávání v paliativní léčbě a péči by mělo být třístupňové – A, B, C.

A – pochopení (pre a postgraduální)

- Vzdělání pro budoucí zdravotníky v pregraduální fázi svého vzdělávání (na zdravotních a ošetrovatelských školách, v pregraduálním studiu na lékařské fakultě).
- Vzdělání pro graduované zdravotníky, kteří pracují v některém oboru a paliativní péče představuje pouze část jejich klinické praxe.

B – prohloubení (postgraduální)

- Vzdělání pro graduované zdravotníky, kteří pracují na jednotce paliativní péče, nebo v jiném oboru, v němž však zastávají pozici specialisty pro paliativní péči.
- Vzdělání pro graduované zdravotníky, kteří jsou v rámci svého oboru pravidelně konfrontováni se situacemi, které vyžadují paliativní péči.

C – specializace (postgraduální)

- Vzdělání pro graduované zdravotníky, kteří vykonávají vedoucí nebo konziliární funkci na jednotkách paliativní péče, nebo se aktivně účastní vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče. (Kalvach, 2004)

Pregraduální vzdělávání na středních zdravotnických školách probíhá v rámci výuky ošetrovatelství, kde jsou studentovi nastíněny základy paliativní péče, ovšem komplexní výuka probíhá na bakalářských a magisterských programech ošetrovatelských oborů. Na lékařských fakultách je vyučování paliativní medicíny spíše útržkovité a je vsunuto do předmětu lékařská etika a klinická onkologie. Od roku 2004 existuje samostatný atestační obor Paliativní medicína a léčba bolesti navazující na obor anesteziologie a resuscitace. (Haškovcová, 2007)

Postgraduální vzdělávání je zajišťováno nabídkou kurzů, seminářů a konferencí, které pořádá Subkatedra paliativní medicíny IPVZ Praha, Národní centrum ošetrovatelství v Brně, Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), různé studentské konference a jiné. Kurzy, semináře a konference jsou většinou zpoplatněny, částka se pohybuje od dobrovolného příspěvku po několik set korun a jsou v rozsahu několika hodin či dnů. Účastník na samém závěru obdrží Potvrzení o účasti s počtem získaných kreditů (viz. příloha č. 3) Dnes je již nabídka těchto seminářů, kurzů a konferencí velice pestrá, mají zajímavý program a zdravotní sestry mají z čeho vybírat (viz. příloha č. 4). Největší zájem vzbuzují konference, semináře, kde přednášejí MUDr. Marie Svatošová, Anna Krutská, DiS., které jsou pro mnohé sestry inspirací. Hlavním tématem většinou bývá K/P, který potřebuje paliativní péči, jeho rodina a zdravotníci, kteří paliativní péči poskytují. (Haškovcová, 2007)

Odborníkům a institucím, kteří poskytují vzdělávací programy v oboru paliativní péče, jsou doporučována tato témata:

- K/P,
- K/P a jeho rodina,
- interdisciplinární tým,
- sebereflexe a etika,
- smrt a společnost – paliativní péče v systému zdravotní péče,
- vzdělávání lektorů v oboru paliativní péče,
- výchova k výzkumu v oboru paliativní péče. (Kalvach, 2004)

3.1. Kurz ELNEC

Společnost ELNEC (End – of – Life Nursing Education Consortium) je mimovládní organizace, která byla v roce 2002 založena z grantu nadace Robert Wood Johnson Foundation. Na založení se také podílely AACN (American Association of Colleges of Nursing) a COH (City of Hope). Jejím cílem je vzdělávat zdravotníky v oblasti paliativní péče a udělovat jim oprávnění šířit jejich myšlenky dál mezi zdravotníky pomocí získaných poznatků a také učebních materiálů. (Konference APHPP, 2011)

Společnost ELNEC pořádala v dubnu 2011 v Salzburgu na zámku Arenberg mezinárodní kurz paliativní medicíny. Celkem se kurzu zúčastnilo 33 zdravotních sester, z České republiky 11, které pracují v lůžkových a mobilních hospicích, na onkologických odděleních, mezi nimiž byla např. Anna Krutská, DiS. Kurz byl rozdělen do 8 modulů:

- léčba bolesti,
- léčba příznaků,
- etika v paliativní péči,
- kulturní a duchovní aspekty péče o K/P v konečné fázi života,
- komunikace,
- ztráta, zármutek a žal,
- poslední hodiny.

Zdravotní sestry, které se kurzu zúčastnily, přednesly své poznatky na konferenci pořádanou APHPP – „Sestři, nebojte se, já přeci vím, že umírám“ - na podzim roku 2011. Zároveň pozvaly všechny zúčastněné na 4 denní kurz ELNEC v ČR naplánovaný v termínu 17.1. 2012 – 20. 1. 2012 v domě bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. (Konference APHPP, 2011)

3.2. Kurz paliativní péče pro všeobecné sestry a porodní asistentky ve Zlíně

Kurz paliativní péče akreditovaný MZ 1. 4. 2011 byl připraven ve spolupráci Hospice Citadela pro 60 mimopražských všeobecných zdravotních sester a porodních asistentek, držitelek platného osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Kurz je zcela zdarma do roku 2013, pak se bude cena kurzu pohybovat kolem 17 000 Kč. Zdravotní sestra na konci kurzu získá 75 kreditních bodů v rámci celoživotního vzdělávání a certifikát o zvláštní odborné způsobilosti. (Konference APHPP, 2011)

Kurz trvá 6 měsíců a je rozdělen na dvě části, na část teoretickou a praktickou. Teoretická výuka trvá týden v rozsahu 45 hodin na SZŠ a VOŠZ Zlín. Cílem pořadatelů je zdravotní sestry seznámit s těmito okruhy:

- léčba bolesti,
- příznaky a možnosti jejich řešení,
- psychosociální a etická problematika,
- informovanost rodiny,
- duševní hygiena pečujících.

Praktická výuka probíhá v onkologickém centru KNTB a.s. Zlín a v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí v rozsahu 80 hodin. (Konference APHPP, 2011)

4. Kvalita

Každý z nás chápe kvalitu odlišně. Někdo si pod tímto označením představí vlastnosti výrobku, druhý zase vlastnosti služby. Obecně kvalita, jakost či latinsky *qualis* poskytuje údaje o vlastnosti nějaké věci. Dle normy ISO 9001:2000 je kvalita „*stupeň splnění požadavků souborem inherentních (obsažených) znaků*“. (Madar, 2004, str. 30) Požadavky jsou dle normy očekávané (např. zákazníci) či závazné (např. dle normy)“. (Madar, 2004)

4.1. Kvalita zdravotní péče

V posledních letech se kvalita zdravotní péče dostává stále více do popředí zájmu veřejnosti i zdravotnických pracovníků, a proto musí zdravotnické instituce věnovat pozornost otázkám kvality. Definovat kvalitní péči je velice složité. Je to způsobeno rozdílným vnímáním její kvality K/P, zdravotní sestrou, jejími spolupracovníky, ale také širokou veřejností. To, jak na kvalitu zdravotnické péče pohlížejí, závisí na jejich vědomostech, hodnotách, kultuře, sociálním prostředí, věku, očekávání a zkušenostech. WHO definuje kvalitu zdravotní péče jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“. (Madar, 2004, str. 33)

Kvalitní péče je zpravidla popsána ve standardech, podle kterých se následně ošetrovatelská péče posuzuje. Hlavním východiskem při určování kvalitní zdravotní péče by měla být spokojenost K/P. (Madar, 2004)

Aby se předešlo nedostatkům a nesprávným postupům ve zdravotní péči, jsou vytvořena systémová opatření, mezi která patří hlavně tvorba standardů kvality, udělování licencí a registrací zdravotnickým zařízením a jednotlivým zdravotníkům, a nakonec akreditace zdravotnických zařízení. (Janečková, 2009)

4.1.1. Standardizace

Kvalitní zdravotní péče je definována ve standardech zdravotní péče. Standard je dohodnutá profesní norma kvality, je to stanovení kritérií (indikátorů), podle nichž bude kvalita hodnocena. Popisuje způsoby správného používání technologií a uplatňování dobré praxe. Indikátory kvality se dělí na měkké a tvrdé. Mezi měkké indikátory se řadí spokojenost K/P a personálu. Mezi tvrdé indikátory se řadí výskyt dekubitů, pádu, malnutrice atd. Standardy ve zdravotnictví se týkají provozních podmínek, probíhajících procesů a dosažených výsledků. (Janečková, 2009)

Provozní standardy se týkají personálního a materiálně-technického zajištění zdravotnického zařízení. Jde o adekvátní počet lékařů a zdravotnického personálu, o

délku jejich praxe, používání adekvátních přístrojů, spotřebního materiálu a také o vedení dokumentace. Tyto standardy jsou ve zdravotnictví používány nejčastěji.

Procesní standardy jsou nejpodrobnější částí standardu. Popisují především doporučené postupy správné klinické praxe, postup léčby jednotlivých chorob. Procesní standardy jsou mezinárodně známy pod anglickým názvem „clinical practice guidelines“. Cílem těchto standardů je zvýšit efektivitu léčby jak z pohledu medicíny, tak i ekonomiky. K procesním standardům patří také popsané postupy přijímání K/P, překládání K/P, ošetrovatelské postupy, standardy pro komunikaci atd. Standardy výsledné péče stanovují žádoucí a dosažitelné výsledky v jednotlivých oblastech péče. Standardy jsou vždy vztaženy k určitému zvolenému kritériu a plní funkci normy. Ke standardům výsledné péče patří také úroveň spokojenosti K/P. Tyto standardy jsou pro kontrolu kvality poskytované péče nejdůležitější. (Janečková, 2009, Staňková, 1998)

Centrální standardy vydává ministerstvo zdravotnictví jako zákonné normy, anebo jako podklad pro tvorbu lokálních standardů. Lokální standardy vydává konkrétní zdravotnické zařízení upravené takovým způsobem, aby odpovídaly jeho konkrétním potřebám. (Staňková, 1998)

4.1.2. Licence a registrace zdravotnických zařízení a zdravotníků

Licence a registrace má informativní charakter. Informuje nás, že daný subjekt splňuje základní, nezbytné a zákonem požadované předpoklady pro poskytování zdravotní péče. Udělování licence je proces zaručující požadovanou úroveň zdravotní péče. Udělení licence umožňuje provozování soukromých lékařských a jiných praxí, lůžkových zdravotnických zařízení. V průběhu udělování licence se ověřuje, zda zařízení či individuální poskytovatel zdravotnické služby splňuje stanovené podmínky týkající se personálu, jeho vzdělávání a praxe v oboru, technologického vybavení, hygienických podmínek atd. (Janečková, 2009)

Registrace je evidence a potvrzení údajů o způsobilosti daného subjektu vykonávat činnosti, ke kterým se registrace vztahuje. V ČR se mohou registrovat zdravotníci, ale i zdravotnická zařízení. Musíme však odlišit registraci ze zákona povinnou a registraci dobrovolnou. Povinná registrace se v ČR provádí dle zákona č. 96/2004 Sb. Tento zákon o podmínkách získávání a způsobilosti k výkonu nelékařských

zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče se týká zdravotnických pracovníků v tzv. nelékařských profesích, tedy především zdravotních sester, porodních asistentek, fyzioterapeutů, zdravotně-sociálních pracovníků, psychologů. Každý vhodný pracovník je zapsán do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a je označován jako „registrovaná všeobecná sestra“, „registrovaný fyzioterapeut“. Registr usnadňuje přístup k informacím týkajících se zdravotnických pracovníků, údajů o vzdělání, zaměstnavatelů. Každý zdravotnický pracovník získá registrační číslo. (Janečková, 2009)

Registrace zdravotnických zařízení probíhá v ČR dle zákona č. 160/1992., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Registrovány mohou být všechny soukromé praxe lékařů, fyzioterapeutů, klinických logopedů a také klinických psychologů, lékárny, stacionáře. Podle zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se v ČR provádí registrace pobytových zařízení sociálních služeb, ve kterých je také poskytována zdravotní péče. Každé nestátní zdravotnické zařízení může tedy poskytovat zdravotní péče pouze za předpokladu, že má rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení. Registrace klinických laboratoří je v ČR zcela dobrovolná. Výsledkem je zapsání do Registru klinických laboratoří. (Janečková, 2009)

4.1.3. Akreditace zdravotnických zařízení

Akreditace je dle JCI „proces, v rámci kterého nezávislá, obvykle nestátní instituce posuzuje činnost zdravotnického zařízení a ověřuje, do jaké míry tato činnost odpovídá stanoveným standardům zvyšování kvality péče. Akreditace je výstup činnosti kreditující instituce. Akreditace je i rozhodnutí, že činnost zdravotnického zařízení odpovídá stanoveným standardům.“ (Joint Commission International, 2005, str. 235)

Cílem akreditace je vytvořit takové prostředí, které bude kontinuálně zvyšovat kvalitu poskytované péče. (Joint Commission International, 2005)

Akreditační standardy se každý rok inovují, aby byly shodné s vývojem medicíny. V rámci akreditačních standardů se sledují především tyto procesy:

- uplatňované diagnostické a terapeutické postupy,

- ošetrovatelská péče,
- podávání a skladování léků a vše, co s tím souvisí,
- urgentní příjmy,
- návaznost úkonů a kontinuita péče (včetně kontinuity medikace),
- spokojenost K/P (včetně stížností) a dodržování práv K/P,
- ekonomické řízení nemocnice,
- hygienická a protiepidemická opatření,
- péče o zaměstnance (bezpečnost a ochrana zdraví připrání, vzdělávání a individuální rozvoj, začleňování nových pracovníků, supervize, zaměstnanecké výhody, relaxační a antistresové programy, podpora zdraví zaměstnanců).

V průběhu akreditace se také sleduje vedení dokumentace, nemocniční letalita, míra pooperačních komplikací, výskyt nozokomiálních nákaz. (Janečková, 2009)

Akreditace je cyklický proces, a proto se musí každé tři roky opakovat. Zdravotnické zařízení musí o akreditaci požádat a následně je s akreditační komisí dohodnout termín realizace. Aby se akreditační komise mohla předem seznámit se situací zdravotnického zařízení, je management zdravotnického zařízení povinen vypracovat a předložit podrobnou zprávu o plnění akreditačních standardů. Vlastní šetření inspektorů probíhá několik dní v závislosti na velikosti zdravotnického zařízení a je zaměřeno na oblasti, které se zdají být problémové. Na základě informací, které akreditační komise zjistí, se rozhoduje o udělení akreditace. Zdravotnickému zařízení, které splňuje stanovené standardy na přijatelné úrovni, je akreditace udělena. Zdravotnickému zařízení, které standardy soustavně neplní nebo ukončí svou činnost v akreditačním procesu, akreditace udělena není. Rozhodnutí akreditační komise a akreditační certifikát je vždy zaslán řediteli zdravotnického zařízení. Udělená akreditace má platnost tři roky a akreditační komise ji může kdykoliv předčasně odejmout. Před ukončením tříleté platnosti musí být zdravotnické zařízení znovu reakreditováno. Pokud zdravotnické zařízení v průběhu tří let změní spektrum poskytovaných služeb, formu vlastnictví atd. musí informovat akreditační komisi, která následně posoudí, zda je nutné zdravotnické zařízení znova akreditačně šetřit. V případě, že je akreditační komise informována o neplnění stanovených standardů, může zahájit znova akreditační šetření, nebo změnit rozhodnutí o udělení akreditace. (Joint Commissio International, 2005, Janečková 2009)

4.1.3.1. Vývoj akreditačního systému v USA

Akreditace nemocnic v USA je historicky spojována s činností Asociace amerických chirurgů. Ti si již před druhou světovou válkou byli vědomi značných rozdílů ve zdravotním stavu, pooperačních komplikací, pooperační úmrtnosti mezi jednotlivými nemocnicemi. Vypracovali mechanismus sledování kvality chirurgické péče s cílem identifikovat méně kvalitní poskytovatele, identifikovat příčinu a zajistit nápravu. Nemocnice, které chtěli zvyšovat kvalitu poskytované péče, se zapojily do nemocničního standardizačního programu, podle kterého byly posuzovány. Tento systém se ukázal jako účinný a po válce se k němu přidaly i další lékařské svazy a vytvořily Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení). (Janečková, 2009)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) je americká nezávislá nezisková organizace, která sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví od roku 1951. Rozpracovává soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče. Poslední aktualizace standardů proběhla v roce 1994 a zahrnuje metody kontinuálního zvyšování kvality. JCAHO hodnotí nemocnice podle 500 ukazatelů. Dnes se v USA od akreditace JCAHO odstupuje ze dvou důvodů. Zaprvé je to cena akreditace, zadruhé JCAHO nekontroluje žádná veřejná organizace, zda provádí svou činnost odpovídajícím způsobem. (Janečková, 2009, Madar 2004)

V pozdějších letech vznikaly další národní akreditační systémy. Ve spolupráci WHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations a mezinárodního týmu odborníků vznikla v roce 1999 Joint Commission International (Mezinárodní akreditační komise), která akredituje zdravotnická zařízení podle mezinárodních standardů. Standardy jsou členěny do dvou skupin, které se zaměřují na potřeby K/P a funkci zdravotnického zařízení jako instituce. Od roku 2002 akreditovala Joint Commission International desítky zdravotnických zařízení po celém světě. V České republice byla do roku 2008 akreditována Ústřední vojenská nemocnice, Ústav hematologie a krevní transfúze a Nemocnice Na Homolce. (Janečková, 2009, Madar 2004)

Na činnost Joint Commission International navazuje Joint Commission Resources, která se zaměřuje na vzdělávání, poradenství, publikační činnost, a přispívá tak k rozšiřování informací o kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče po celém světě. (Janečková, 2009)

4.1.3.2. Vývoj akreditačního systému v ČR

Před rokem 1990 fungovala v ČR síť odborníků, která sledovala a odborně řídila zdravotní péči. Tito odborníci (pro chirurgii, pediatrii a stomatologii) byli jmenováni ministrem zdravotnictví a metodicky řídili krajské odborníky, a ti zase okresní odborníky. Jejich cílem bylo řešit zásadní problémy ve zdravotnictví a sledovat kvalitu péče ve svém oboru. Ve chvíli, kdy se začátkem devadesátých let zrušila funkce odborníků, neexistoval v ČR žádný systém, který by sledoval kvalitu poskytované zdravotní péče. (Janečková, 2009)

Akreditační systémy vznikaly v ČR v průběhu devadesátých let minulého století. Zpočátku zjišťovaly kvalitu zdravotních služeb různé dobrovolné organizace, které vycházely především ze spokojenosti K/P. Na MZ ČR začali působit američtí odborníci, jejichž cílem bylo zavést smysluplný systém sledování kvality inspirovaný americkými zkušenostmi. Díky jejich iniciativě vznikla v roce 1997 Spojená akreditační komise. (Janečková, 2009)

Spojená akreditační komise (SAK) je zájmové sdružení právnických osob, které bylo založeno v roce 1997. Vytvořila standardy, které jsou rozděleny do deseti tématických oblastí a byly vydány jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR. Standardy obsahují oblast kvality, diagnostické postupy, péči o K/P, kontinuitu zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, oblast managementu, péči o zaměstnance, sběr a zpracování informací, protiepidemická opatření. SAK není akreditován v rámci ČR ani EU, proto osvědčení touto komisí má platnost pouze pro oblast zdravotnictví ČR. I v ČR je toto osvědčení sporné, jelikož není zakotvené v žádné právní normě. Cena za tuto akreditaci se počítá za jednotlivé oblasti, a tudíž se cena pohybuje na podobné výši jako cena za evropský uznávaný certifikát dle normy ISO. (Janečková, 2009, Madar, 2004)

V ČR funguje také velice dobře propracovaný systém akreditace klinických laboratoří, který provádí Český institut pro akreditaci (ČIA). (Janečková, 2009)

4.1.4. Audit

Nejúčinnější metodou, jak identifikovat stávající problémy v klinické praxi, je klinický audit. Audit je pravidelná kontrola procesů a výsledků léčebné péče na určitém oddělení nebo v nemocnici. Audit je důležitou součástí měření kvality ošetrovatelské a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení. Audit zjišťuje, zda byly dosaženy cíle, které byly naplánované a následně vyhodnocuje úspěch oddělení, sester a zdravotnického zařízení. Audity se vztahují na všechny zaměstnance zdravotnického zařízení. Zaměřuje se na správné vedení chorobopisů, dokumentace, kvalitu práce na operačním sále, ale také na strategii předepisování léčiv. (Janečková, 2009, Škrla, 2003)

Klinický audit může být buď interní, či externí. Interní audit je prováděn kolegy ze stejného pracoviště. Externí audit provádí nezávislý odborník, může být zcela anonymní, nebo kontrolující strana ví, koho hodnotí, ale hodnocená strana kontrolujícího nezná. Externí audit může být určitou přípravou nemocnice k akreditaci. (Janečková, 2009)

Ošetrovatelský audit systematicky vyhodnocuje ošetrovatelskou péči s úmyslem zlepšit její kvalitu. Zjišťuje, jak dalece se ošetrovatelský proces, práce zdravotních sester řídí ošetrovatelskými standardy. Cílem ošetrovatelského auditu není hledat chyby a trestat je, ale vyhledat slabá místa, upozornit na ně, pomoc při jejich řešení a zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Hlavním smyslem auditu je opodstatnit náklady na personální a materiální zdroje, sledovat efektivitu poskytované péče se zaměřením na skutečné potřeby K/P. Aby byl ošetrovatelský audit skutečně účelný, je nutné, aby personál oddělení, na kterém audit probíhá, měl zájem slabá místa napravovat a neustále zvyšovat kvalitu poskytované péče. (Janečková, 2009, Škrla, 2003)

Z praktického hlediska můžeme rozlišit čtyři typy ošetrovatelského auditu:

- retrospektivní revize ošetrovatelských chorobopisů propuštěných K/P,

- audit implementace ošetrovatelských standardů – jeho cílem je zjistit, zda se ošetrovatelské standardy dodržují,
- algoritmový audit, který zjišťuje dodržování klinických postupů,
- audit výsledků péče. (Škrla, 2003)

Existují další množnosti, jak identifikovat problémy v klinické praxi:

- analýza počtu ošetřených K/P, délka hospitalizace, náklady na jednotlivé diagnosy,
- sledování frekvence re-hospitalizace, re-operace a pooperačních komplikací,
- sledování rozdílů mezi diagnosou při příjmu a propuštění K/P,
- sledování spotřeby léků,
- sledování stížností K/P atd. (Janečková, 2009)

5. Kvalita paliativní ošetrovatelské péče

Aby byla paliativní péče kvalitní, musí být poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, odvozená od potřeb K/P, a musí být poskytována multidisciplinárním týmem. Pečující personál má být správně motivovaný, odborně vzdělaný a musí dodržovat profesionální etický kodex. Poskytovaná péče má být vědecky podložená. V neposlední řadě musí být K/P aktivně zapojeni do ošetrovatelské péče. (Staňková, 1998)

Kvalita paliativní péče v lůžkových hospicích je definována ve standardech hospicové paliativní péče, které připravila pracovní skupina MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče v roce 2006. Kvalita paliativní péče v domácím prostředí je vymezená ve standardech domácí paliativní péče, které zpracovali Martina Špinková, MUDr. Štěpán Špinka, PhD. ve spolupráci s domácím hospicem Cesta domů v roce 2004. Cílem obou standardů je definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR dodržovat, aby se dosáhlo odpovídající kvality péče.

Dodržováním stanovených požadavků se dosáhne takové kvalitní paliativní péče, která zvýší kvalitu života K/P.

5.1. Kvalita života

Kvalita života (quality of life) může být chápána jako pocit životní spokojenosti či naopak. Pro člověka je důležitá soběstačnost a pohyblivost. Z psychologického hlediska je to hlavně seberealizace a duševní harmonie.

WHO definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“. (Vaďurová, 2005, str. 11).

Pojetí kvality života se neomezuje pouze na jednotlivce, jelikož kvalita života individua je jen dílčí oblast. Holandští autoři Engel a Bergsma rozlišují tři hierarchicky odlišné sféry: makro-rovina, mezo-rovina a personální rovina.

- Makro-rovina se zabývá otázkami kvality života velkých společenských celků, např. určité země a kontinentu. Kvalita života v tomto bodě je úzce spojena s politickými úvahami dané země, např. problematika terorismu, hladomoru, epidemií apod.
- Mezo-rovina se zaměřuje na kvalitu života v malých sociálních skupinách, např. ve firmě, škole, nemocnici. Kvalitu život v tomto bodě ovlivňuje sociální klima a vzájemné vztahy mezi lidmi, uspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.
- Personální rovina se zaměřuje jen na život jednotlivce. Kvalitu života značně ovlivňuje zdravotní stav daného jedince, bolest, spokojenost atd.
- Rovina fyzické existence je podle autorů čtvrtou rovinou, která se zabývá pozorovatelným chováním druhých lidí, které můžeme objektivně měřit a pozorovat, jako je např. chůze člověka před a po ortopedické operaci.

Z tohoto rozdělení je zřejmé, že vnímání kvality života neovlivňuje jen zdraví a nemoc, ale vše, co je kolem nás. (Vaďurová, 2005)

Kvalitu života můžeme hodnotit z objektivního a subjektivního hlediska, ovšem odborníci se dnes spíše přiklání k subjektivnímu hledisku. Objektivní kvalitu života můžeme definovat jako spokojenost se sociálními a materiálními podmínkami,

sociálním statusem a fyzickým zdravím. Naproti tomu subjektivní kvalitu života můžeme definovat jako spokojenost se životem, spokojenost se svým postavením ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému, je to emocionální prožívání vlastního života. Konečná spokojenost je závislá na osobních cílech, zájmech a očekáváních od života. (Vaňurová, 2005)

5.1.1. Kvalita života nevyléčitelně nemocných K/P

Většina onkologů se shoduje v tom, že kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují K/P schopnost a možnost žít takový život, jenž by mu skýtal uspokojení. Většina onkologů se také shoduje na dvou charakteristikách takto koncipované kvality života – multidimenzionalita a subjektivnost. (Payne, 2005)

Multidimenzionalita (mnohorozměrnost) znamená, že kvalita života je ovlivňována pěti sledovanými oblastmi:

- tělesné obtíže (např. bolest, nevolnost, únava),
- funkční zdatnost (např. schopnost zvládat běžné denní činnosti),
- psychologická/emocionální oblast (např. úzkost, deprese, nálada),
- sociální oblast (např. jak nemoc ovlivňuje vztahy s rodinou a přáteli),
- existenciální a duchovní oblast (např. otázky smyslu života, naděje, smíření, odpuštění). (Payne, 2005)

Subjektivnost vyjadřuje fakt, že dva různí K/P se stejnou diagnózou budou nemoc prožívat rozdílně. Ovlivňujícími faktory jsou osobnostní charakteristiky, stupeň sociální podpory a také schopnosti adaptace. (Payne, 2005)

5.1.1.1. Tělesné obtíže

K/P s pokročilým onemocněním u konce života sužují mnohé nepříjemné symptomy, které ubírají na kvalitě života. Slovo „symptom“ je odvozeno z latinského slova *synthoma* a znamená dění či neštěstí. Mezi nejčastější nepříjemné symptomy patří bolest, dušnost, terminální chrčivé dýchání, nauzea, zvracení, nechutenství, zácpa, delirium, úzkost a deprese. Jedním z cílů paliativní péče je tlumit tyto nepříjemné

symptomy, aby byla kvalita K/P života zachována. Kvalitními ošetrovatelskými intervencemi společně s farmakoterapií, kterou určí lékař, můžeme nepříjemné symptomy zvládnout. Monitorování nepříjemných symptomů je závislé na zkušenostech zdravotní sestry. Některé symptomy jsou hned na pohled zřetelné, ovšem jiné si nechává K/P sám pro sebe a je na zdravotní sestře, aby pomocí rozhovoru a pozorování symptom odhalila. (O'Connor, 2005, Vorlíček, 2006)

Nejčastějším symptomem, který K/P sužuje, je bolest. Mezinárodní asociace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP) definuje bolest jako *“nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně”* (O'Connor, 2005, str. 89). Z definice je patrné, že bolest obsahuje nejen fyziologickou složku, ale i emocionální, a proto je vnímání bolesti velice subjektivní. Na vnímání bolesti se podílí mnoho faktorů jako je fyzická bolest, hněv, strach, pocit opuštěnosti, duchovní tíseň, smutek, úzkost a nejistota. (O'Connor, 2005)

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů nádorového onemocnění. Již 30 % K/P, u kterých je nádorové onemocnění diagnostikováno, bolestí trpí. V pokročilých stádiích udává bolest 80 – 90 % K/P. K/P s nedostatečně léčenou bolestí má problémy se spánkem, cítí se unaven, má častěji deprese, trpí nechutenstvím a toto vše přispívá ke zhoršení jeho nutričního stavu, imunity a celkové funkční zdatnosti. Nedostatečně léčená bolest snižuje K/P motivaci k léčbě, spolupráci s lékařem a zdravotníky. Bolest snižuje kvalitu K/P života, a proto je hlavním úkolem zdravotních sester monitorovat intenzitu bolesti, její lokalizaci a charakter. (Vorlíček, 2006)

Nástroje k měření intenzity bolesti lze rozdělit do dvou skupin: jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimenzionální). Jednoduché nástroje k měření intenzity bolesti zahrnují verbální škálu bolesti, vizuální analogovou škálu bolesti, numerickou škálu (viz. příloha č. 5). Hlavním nedostatkem těchto nástrojů k měření intenzity bolesti je komplexnost. Žádají po K/P, aby zkombinoval somatosenzorickou a emocionální dimenzi bolesti, která je následně vyjádřena jedním číslem. Vícerozměrové nástroje k měření intenzity bolesti zahrnují dotazníky. Dotazníky se zaměřují na intenzitu bolesti, charakteristiku bolesti, vliv bolesti na běžné denní aktivity a na K/P emoce. K hodnocení nádorové bolesti se ve světě nejčastěji používá Brief Pain Inventory (BPI) a McGillův dotazník bolesti. V České republice se využívá přeložený

dotazník BPI. (viz. příloha č. 6). K přesnějšímu zaznamenání lokalizace bolesti se využívají mapy bolesti (viz. příloha č. 7). (Vorlíček, 2006)

5.1.1.2. Funkční zdatnost

Funkční zdatnost je další oblastí, které musíme věnovat pozornost. S postupující se chorobou ubývá postupně funkční zdatnost K/P. Klesá soběstačnost a najednou se ocitá v situaci, kdy je závislý na druhé osobě. Řešením této situace mohou být půjčovny pomůcek, které za určitý finanční obnos půjčují nezbytné pomůcky K/P domů a umožňují mu setrvat déle ve svém domácím prostředí. Většina hospiců v České republice má vlastní půjčovnu pomůcek a po konzultaci s K/P či jeho rodinou jsou schopni vybrat správné pomůcky, které budou K/P ku prospěchu.

Ve chvíli, kdy je K/P hospitalizován v hospici, nastupují zdravotnický personál, který mu pomáhá při vykonávání denních činností. Důležité je, aby cítil od zdravotnického personálu podporu a měl snahu svoji stávající soběstačnost udržet co nejdéle.

5.1.1.3. Existenciální a duchovní oblast

Duchovní potřeby jsou další potřeby K/P, které jsou potřeba saturovat. Je důležité si říci, že tyto potřeby nemají jen K/P věřící, ale i ti bez vyznání. Při saturování těchto potřeb jim může pomoci nejen farář, kněz, pastorační pracovník, ale i zdravotní sestra. K/P v pokročilých stádiích onemocnění potřebují někoho, kdo vyslechne jejich naděje a beznaděje, radosti i starosti a doprovází ho v nich. (Vorlíček, 2006)

Musíme si uvědomit, že K/P stojí před řadou úkolů, se kterými se musí vyrovnat a přijmout je. Musí přijmout novou roli, kdy je odkázán na pomoc druhých, kdy si uvědomuje konec svého života, který se neodvratně blíží. Musí se vyrovnat s obavami o sebe, ale i o své blízké, neúspěchy vlastního života atd. Jsou K/P, kteří se s těmito těžkými úkoly poperou sami, jiní však potřebují pomoc. Důvěřuje – li zdravotní sestře, tak se jí se svými problémy svěří a očekává porozumění. Není – li tomu tak, je důležité, aby si sestra důvěru získala, a mohla tak K/P buď osobně či zprostředkovaně pomoci. Úkolem zdravotní sestry není dávat K/P odpovědi na všechny jeho otázky, ale přijmout

jeho „duchovní potřeby“ za stejně důležité jako biologické potřeby. Rozhovor na náboženské téma či téma, které se dotýká hloubky života, není snadný. Pokud se na rozhovor zdravotní sestra necítí, měla by zprostředkovat rozhovor s knězem či pastoračním pracovníkem. (Vorlíček, 2006)

5.1.1.4. Psychologická oblast

K/P s onkologickým onemocněním netrápí jen nepříjemné symptomy, ale i psychické poruchy (deprese, úzkost). Příčiny, které vedou k závažným psychickým onemocněním, nejsou zcela známy. Určitý podíl má rozpad základních vztahů, závislost, nemohoucnost, věk a blížící se smrt. K/P si prošli dlouhou emoční cestu, než byli hospitalizováni v hospici. Důležitý je pocit naděje, a to i pro K/P v terminálním stádiu. Potřebují stále cítit, že jsou podporováni a dostává se jim patřičné péče. Úkolem zdravotní sestry je úzkost a depresi poznat a klidně, srozumitelně pohovořit s K/P o její příčině. Správnou volbou medikace a laskavým rozhovorem lze tyto problémy zvládnout a zajistit K/P lepší kvalitu života. (Marková, 2010)

Úzkost je strach z něčeho neznámého, neurčitého, který se projevuje tělesně – bušení srdce, pocení, třes, vnitřní chvění, obtížné dýchání, pocit zalykání se, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudi, břišní nevolnost, pocit slabosti v končetinách, návaly horka nebo chladu, ale i psychicky – pocit závratě, neklidu, strach z mdloby, strach ze smrti. Na rozdíl od strachu, který člověka většinou povzbudí k nějaké činnosti, úzkost člověka paralyzuje. Úzkost se u K/P v pokročilém stádiu onemocnění objevuje nejčastěji v souvislosti se strachem z bolesti, udušení a smrti samotné. Projevuje se např. neschopností být sám, poruchami spánku či neklidem. Úzkosti se dá účinně předejít kvalitní informovaností K/P, dobrými komunikačními schopnostmi personálu, který o něj pečuje a hlavně komunikací s K/P samotným. (Marková, 2010)

Deprese patří mezi poruchy nálady a jde o patologický smutek. Důležité je u K/P rozlišovat depresi od smutku. K/P v depresi nevyhledává společnost, nedokáže se radovat ani těšit se na nic, má pocity viny a často vyslovuje přání, aby byl už všemu konec. Mohou nastat i problémy se zvládáním nepříjemných symptomů. Na depresi by se mělo pomyslet v tu chvíli, kdy se zdá, že nezabírají žádná analgetika a symptomy nejsou u K/P plně potlačeny. Zvládání deprese u K/P v pokročilém stádiu onemocnění

je stejné jako u jiných K/P s depresí, ovšem na léčbu je mnohem kratší čas. (Marková, 2010)

5.1.1.5. Sociální oblast

Vazby a vztahy s rodinou, přáteli jsou důležité nejen pro zdravého člověka, ale i pro K/P v pokročilém stádiu choroby. Představují pro něj zdroje cenných vzpomínek, zkušeností, nadějí a podpory. Paliativní péče tuto skutečnost chápe a snaží se tyto vazby a vztahy v plné míře podporovat. V hospicích jsou umožněny návštěvy prakticky nepřetržitě, pokoje jsou zařízeny takovým způsobem, aby rodinný příslušník, přítel mohl s K/P pobýt delší dobu. Rodinní příslušníci se mohou podílet na ošetrovatelské péči (hygienická péče, polohování, krmení). Podporování vztahů a vazeb je důležité nejen pro K/P, ale i pro jeho rodinu a přátele. Svým způsobem jim je dána šance být se svým bližním až do samého konce, prožít s ním ještě mnoho krásných chvil, třeba i vyřešit nedorozumění, která mezi nimi stála, a hlavně smířit se postupně s blížící se ztrátou. (Vorlíček, 2006)

U některých K/P ovšem sít' příbuzných a přátel chybí a stávají se najednou sociálně opuštěnými. Zdravotnický personál by měl svým způsobem chybějící rodinu nahradit, to ovšem záleží na ochotě a motivaci personálu. Mnohdy má personál takové množství práce, že se komunikace a kontakt zaměřuje jen na stav tělesných obtíží a péči o fyzické potřeby. K/P se cítí stále více opuštěný, uzavírá se sám do sebe a je ohrožen jeho pocit důstojnosti. Mnohdy nahrazuje rodinu dobrovolník, který třeba jen obstarává nákupy, zalévá květiny, čte či jen sedí a potichu P/K naslouchá. (Vorlíček, 2006)

5.1.1.6. Nejčastější ošetrovatelská problematika v paliativní péči

Intervence zdravotní sestry pracující v hospici se zaměřují na uspokojování potřeb K/P.

5.1.1.6.1. Biologické potřeby

Částečnou odpověď, jakou mírou uspokojovat K/P biologické potřeby, poskytuje Bartelův test základních denních činností – ADL (Activity Daily Living). Zdravotní sestra s jeho pomocí stanoví míru soběstačnosti K/P a může vypracovat podrobný ošetrovatelský plán péče, ve kterém se zaměří na problematické oblasti:

- bolest,
- kontinence,
- hygiena,
- příjem potravy a tekutin,
- pohyb a aktivita,
- sebepéče a soběstačnost,
- spánek a odpočinek,
- dýchání. (Bláhová, 2008)

Dušnost je častým nepříjemným symptomem, který K/P trápí. Zdravotní sestra musí pravidelně monitorovat, zda K/P nemá dušnost, a v případě potřeby zajistit inhalační terapii, kvalitní oxygenoterapii, odsávání dýchacích cest a polohování P/K (polosed, sed, poloha na boku). Dle ordinace lékaře sestra podává P/K bronchodilatancia, opioidy, anxiolytika, kortikoidy, mukolytika a anticholinergika. V případě terminálního chrčivého dýchání je nutné, aby sestra svou pozornost věnovala také rodině K/P, pro které může být tento stav stresující. Zdravotní sestra by jim měla vysvětlit, že ač to tak nevypadá, terminální chrčivé dýchání není projevem dušnosti ani jiného utrpení K/P. (Bláhová, 2008, Skála, 2005)

Dalším nepříjemným symptomem, který K/P obtěžuje je bolest. Zdravotní sestra musí pravidelně monitorovat a zaznamenávat do dokumentace intenzitu bolesti, její charakter, lokalizaci, šíření a provokující faktory. Zaměřuje se také na verbální a neverbální projevy bolesti, nežádoucí účinky aplikovaných opioidů. Zdravotní sestra musí K/P zajistit dostatek odpočinku a spánku a pomoci mu nalézt a zaujmout úlevovou polohu. Dále aplikuje ordinovanou medikaci:

- mírná bolest – neopioidní analgetika (analgetika – antipyretika, nesteroidní antiflogistika),
- středně silná bolest – kombinace neopioidních analgetik a „slabých“ opioidů,

- silná bolest – silné opioidy,
- průlomová bolest - rychle působící opioidy či neopioidní analgetikum. (Bláhová, 2008, Skála, 2005)

Nauzea, zvracení či nechutenství jsou nepříjemné symptomy, které mnohdy K/P brání přijímat tekutiny a potravu. Další příčinou může být ale také snížená soběstačnost K/P, která mu brání potravu a tekutiny přijímat. Právě příjem tekutin a potravy je prevencí malnutrice, poruch metabolismu, vzniku dekubitů, dehydratace a otoků. Je nutné podle situace zvolit vhodnou dietu – lehkou stravitelná jídla dle K/P výběru, kašovitá či tuhá strava, či volit přípravky enterální a parenterální, zajistit klidné a příjemné prostředí ke stravování. Zdravotní sestra musí monitorovat příjem tekutin a v případě nedostatečného příjmu aplikovat dle ordinace lékaře tekutiny a ionty i.v. a další naordinovanou medikaci – antiemetika. (Bláhová, 2008, Skála, 2005)

Další problematickou oblastí je kontinence K/P. Cílem zdravotních sester je zabránit retenci a inkontinenci moče a stolice, ale také zácpě, dehydrataci, vzniku dekubitů a infekci. Důležité je sledovat stav vyprazdňování, charakter a množství moče a stolice. V případě inkontinence je důležité vhodně zvolit pomůcky, aby byl dosažen co nejvyšší komfort K/P. Trpí – li K/P zácpou, je vhodné ho motivovat k dodržování pitného režimu, dopomoci mu k pohybu, tlumit bolesti, které mohou doprovázet defekaci, aplikovat naordinovanou medikaci – osmotická či stimulační laxativa, zkusit zavést do jídelníčků vysokozbytkovou stravu, jogurty s biotickými kulturami. V případě neúspěchu léčby zácpy je nutné přistoupit k manuálnímu vybavení stolice po předchozí analgosedaci. V neposlední řadě je důležité umožnit K/P soukromí při vyprazdňování, zajistit pocit čistoty a dostatečnou hygienickou péči jako prevenci vzniku dekubitů a opruzenin. (Bláhová, 2008, Skála, 2005)

Pohyb a aktivita je důležitá nejen z hlediska zlepšení prokrvení kůže, prevence vzniku dekubitů a zlepšení plicní ventilace, ale také z hlediska psychiky. Je důležité, aby zdravotní sestra motivovala K/P k pohybu. Zdravotní sestra musí zhodnotit schopnost pohybu K/P, zvolit popřípadě vhodné pomůcky a pomáhat mu v denních aktivitách, jako je posazování, vstávání, zajištění hygieny, ale také např. v oblíbených činnostech. U K/P upoutaných na lůžku je nezbytná pravidelná změna polohy či zajištění stabilizované polohy. (Bláhová, 2008)

Správné provádění hygienické péče zajišťuje K/P pocit spokojenosti a maximálního hygienického komfortu, prevenci vzniku dekubitů ale také infekce. Je důležité provádět hygienickou péči o celé tělo a věnovat zvýšenou pozornost dutině ústní a genitáliím. Při poskytování hygienické péče nelpíme na našich pomůckách, ale umožníme K/P používat takové pomůcky, na které je zvyklý. Zdravotní sestra by měla motivovat K/P k úpravě svého zevnějšku (nošení paruk, šátků), péči o kůži a oblékání do domácího, pohodlného ale také oblíbeného oblečení. U K/P upoutaných na lůžko je důležité, aby byli v suchu a měli dostatečné pohodlí. (Bláhová, 2008)

Zajištěním kvalitního spánku a odpočinku se docílí odstranění negativních emocí a únavy K/P. Musí se přizpůsobit prostředí tak, aby bylo ke spánku vhodné – čerstvý vzduch, tma, ticho, hygiena před spaním, a umožnit K/P dodržovat rituály před spaním, na které je zvyklý. V případě přetrvávajících problémů se spánkem musí zdravotní sestra aplikovat medikaci dle ordinace lékaře – hypnotika. (Bláhová, 2008)

S postupující nemocí klesá soběstačnost K/P. Na zdravotní sestře je, aby zhodnotila úroveň soběstačnosti a následně zapojila K/P do sebepéče o sebe samotného. Motivováním v péči o sebe sama (nošení paruk, šátků) můžeme zmírnit či úplně odstranit např. strach K/P z reakce okolí na jeho alopecii. (Bláhová, 2008)

5.1.1.6.2. Potřeby psychosociální

Situace pokročilého onemocnění představuje pro K/P tak i pro jeho rodinu a blízké neuvěřitelnou psychickou zátěž. Aby zdravotní sestra lépe pochopila pocity K/P je zapotřebí, aby pravidelně monitorovala a zaznamenávala do dokumentace vývoj jeho psychického stavu:

- první stádium – popírání a izolace,
- druhé stádium – zlost,
- třetí stádium – smlouvání,
- čtvrté stádium – deprese,
- páté stádium- akceptace.

Každé stádium u každého K/P trvá různě dlouhou. Úkolem zdravotní sestry je provést K/P každým stádiem až ke stádiu akceptace, ve kterém se smíří s blížící se smrtí. Dále musí zdravotní sestra sledovat případné známky stresu, obav z budoucnosti, deprese a suicidálních myšlenek. V případě neúspěchu je vhodná konzultace psychologa. (Bláhová, 2008, Skála, 2005)

5.1.1.6.3. Potřeby duchovní

Uspokojování duchovních potřeb je důležité pro každého K/P, ať už je věřící či ne. Důležité je, aby zdravotní sestra a lékař citlivě zjistili K/P spirituální hodnoty a orientaci a z nich odvíjející se názory, rituály a praktiky. Potřeby může zdravotní sestra uspokojovat sama, či si na pomoc přizvat osoby, které duchovní podporu poskytují - kněz, pastorační asistent. Mnohdy může duchovní potřeby K/P uspokojovat i dobrovolník. Základními duchovními potřebami umírajících jsou:

- hledání smyslu života,
- pocit odpouštění,
- potřeba lásky a sounáležitosti,
- potřeba naděje. (Bláhová, 2008, Skála, 2005)

Péče o konkrétního onkologicky nemocného K/P je znázorněna na modelové kazuistice a přiloženém plánu péče (viz. příloha č. 8).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Metodika práce

6.1. Cíle a výzkumné předpoklady

Cílem mé bakalářské práce je zjistit a vyhodnotit úroveň paliativní péče v lůžkových hospicích v oblasti vědomostí a dovedností sester, zhodnotit ambice sester v oblasti vzdělávání, a následná komparace výsledků výzkumného šetření mezi personálem jednotlivých hospiců.

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila tři výzkumné předpoklady.

Výzkumný předpoklad číslo 1. Domnívám se, že 60 % zdravotních sester odpoví správně alespoň na 70 % otázek týkajících se teoretických znalostí v oblasti paliativní péče.

Výzkumný předpoklad číslo 2. Očekávám, že 70% zdravotních sester má dobré dovednosti v oblasti paliativní péče.

Výzkumný předpoklad číslo 3. Předpokládám, že 50% zdravotních sester se zúčastňuje odborných seminářů, čte odbornou literaturu a má zájem se dále vzdělávat.

6.2. Metodika a harmonogram výzkumu

K získání dat pro zpracování empirické části bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu sběru dat – dotazník. Díky němu jsem mohla respondentům klást větší množství otázek a také ušetřit jim čas při vyplňování dotazníku (viz. příloha č. 9). Nevýhodou této metody jsou možné nepravdivé odpovědi a neochota vyplnit dotazník.

V dotazníku jsem začala úvodem, kde jsem se stručně představila, seznámila respondenty s tématem mé bakalářské práce a poděkovala za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku. Následoval stručný návod na vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a obsahuje 24 otázek, z toho 1 otázka je otevřená (č.1), 20 otázek je uzavřených (č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 a 24) a 3

otázky jsou polootevřené (9, 14, 20). Většina otázek měla správnou pouze jednu odpověď, u otázky číslo 9, 13, 14 bylo možné zvolit více odpovědí. Otázky číslo 1, 2, 3 jsou zaměřené na statistická data, zjišťují místo výkonu zaměstnání, dobu výkonu zaměstnání a dosažené vzdělání respondenta. Otázky číslo 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 jsou zaměřené na vědomosti, zjišťují, jaké má respondent vědomosti v oblasti paliativní péče. Otázky číslo 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18 jsou zaměřené na dovednosti v oblasti paliativní péče. Otázky číslo 19, 20, 21, 22, 23, 24 jsou zaměřené na ambice sester se dále vzdělávat.

6.3. Charakteristika sledovaného souboru

Dotazník byl určen zdravotním sestrám, které pracují v lůžkových hospicích. Celkem jsem rozdala 80 dotazníků:

- Hospic Štrasburk – Bohnice = 12 dotazníků,
- Hospic sv. Lazara, Plzeň = 11 dotazníků,
- Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice = 8 dotazníků,
- Hospic Citadela, Valašské Meziříčí = 12 dotazníků,
- Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc = 13 dotazníků,
- Hospic sv. Alžběty, Brno = 12 dotazníků,
- Hospic Smíření, Chrudim = 12 dotazníků.

Celková návratnost dotazníků byla 70 (87,5 %):

- Hospic Štrasburk, Praha - Bohnice = 10 dotazníků,
- Hospic sv. Lazara, Plzeň = 11 dotazníků,
- Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice = 8 dotazníků,
- Hospic Citadela, Valašské Meziříčí = 10 dotazníků,
- Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc = 13 dotazníků,
- Hospic sv. Alžběty, Brno = 7 dotazníků,
- Hospic Smíření, Chrudim = 11 dotazníků.

Dotazník jsem začala vytvářet na jaře 2011 a po schválení vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Hanou Bláhovou na začátku prosince 2011 jsem ho nejdříve rozdala jako pilotní verzi 10 zdravotním sestrám na onkologickém oddělení Všeobecné

fakultní nemocnice v Praze. Dotazníky jsem po pilotním výzkumu upravila a distribuovala po předchozí domluvě do 7 hospiců buď osobně či je zaslala poštou společně s ofrankovanými obálkami a zpáteční adresou.

K vyhodnocování získaných dat jsem použila program Microsoft Office Excel 2003. Ke každé otázce je přiložena tabulka a slovní vyjádření. U vybraných otázek je pro lepší znázornění získaných dat přiložen graf. Po vyhodnocení zjištěných dat jsem daný výzkumný předpoklad vyvrátila či potvrdila.

7. Vyhodnocení získaných dat

Otázka číslo 1

V jakém hospici pracujete?

Tab. 1 Rozdělení respondentů dle hospice, kde pracují

Hospic	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Hospic Štrasburk, Praha – Bohnice	10	14,29
Hospic sv. Lazara, Plzeň	11	15,71
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	8	11,43
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	10	14,29
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc	13	18,57
Hospic sv. Alžběty, Brno	7	10,00
Hospic Smíření, Chrudim	11	15,71

Z dotazovaných respondentů pracuje 10 respondentů (14,29 %) v Hospici Štrasburk v Praze, 11 respondentů (15,71 %) v Hospici sv. Lazara, 8 respondentů (11,43 %) v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, 10 respondentů (14,29 %) v Hospici Citadela ve Valašském Meziříčí, 13 respondentů (18,57 %) v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci, 7 respondentů (10 %) v Hospici sv. Alžběty v Brně a 11

respondentů (15,71 %) v Hospici Smíření v Chrudimi. Z tabulky je zřejmé, že nejvíce respondentů bylo z Hospice na Svatém kopečku v Olomouci.

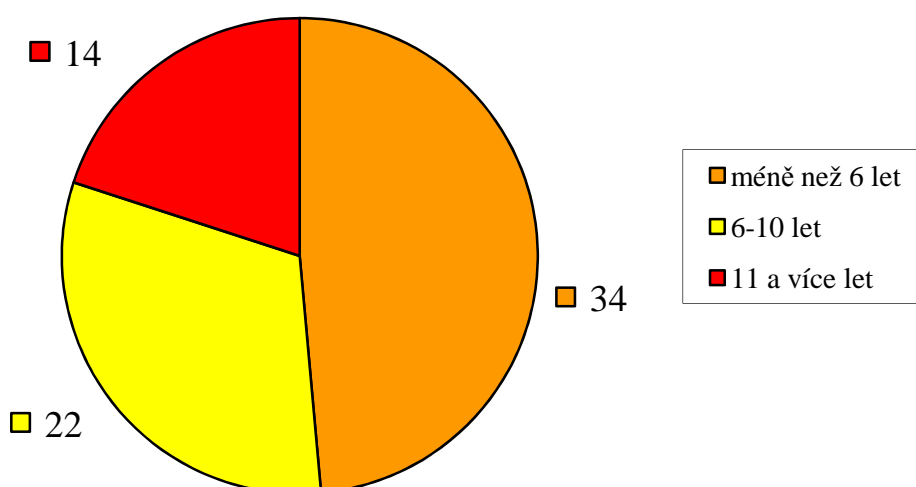
Otázka číslo 2

Jak dlouho pracujete v hospici?

Tab. 2 Rozdělení respondentů dle délky praxe v hospici

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Méně než 6 let	34	48,57
6 - 10 let	22	31,43
11 a více let	14	20,00

Jak dlouho pracujete v hospici?



Obr. 1 Graf délky praxe v hospici

Z odpovědí na otázku délky praxe v hospici vyplynulo, že 34 respondentů (48,57 %) pracuje v hospici méně než 6 let, 22 respondentů (31,43 %) 6-10 let a 14 respondentů (20 %) 11 a více let. Nejvíce respondentů, kteří pracují v hospici 11 a více let, je z hospice Štrasburk a sv. Lazara. Nejvíce respondentů, kteří pracují v hospici méně než

6 let, je z hospice Smíření. Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že hospice v České republice disponují zdravotními sestrami s mnohaletou praxí.

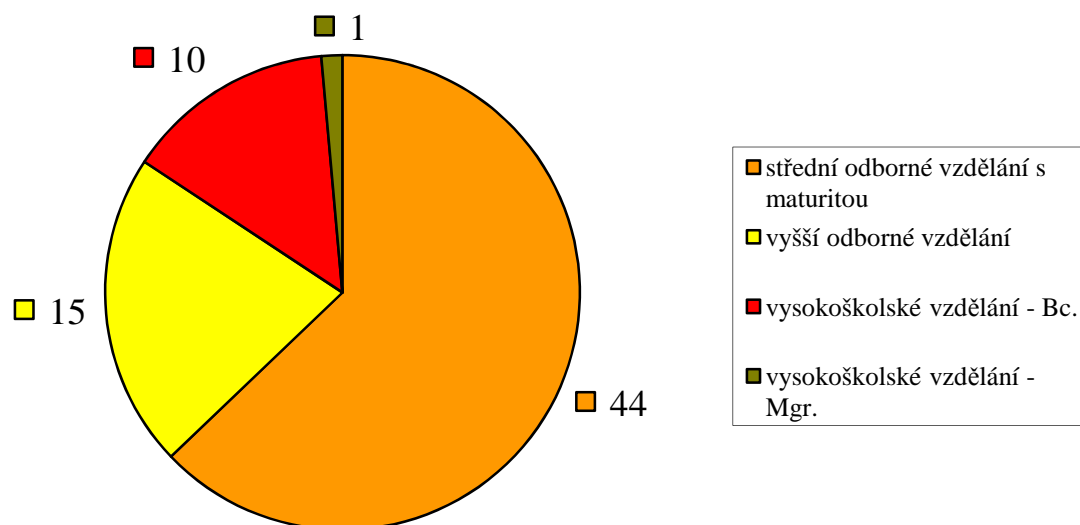
Otázka číslo 3

Vaše dosažené vzdělání:

Tab. 3 Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Střední odborné vzdělání s maturitou	44	62,86
Vyšší odborné vzdělání	15	21,43
Vysokoškolské vzdělání - Bc.	10	14,29
Vysokoškolské vzdělání - Mgr.	1	1,43

Vaše dosažené vzdělání:



Obr. 2 Graf dosaženého vzdělání

Nejvíce zdravotních sester - 44 respondentů (62,86 %) má střední odborné vzdělání s maturitou. Dále 15 respondentů (21,43 %) má vyšší odborné vzdělání, 10 respondentů (14,29 %) vysokoškolské vzdělání – Bc., a 1 respondent (1,43 %) vysokoškolské vzdělání – Mgr. Z tabulky je zřejmé, že stále převažují respondenti, kteří mají jen

střední odborné vzdělání s maturitou a respondenti s vyšším vzděláním jsou zastoupeny v menší míře.

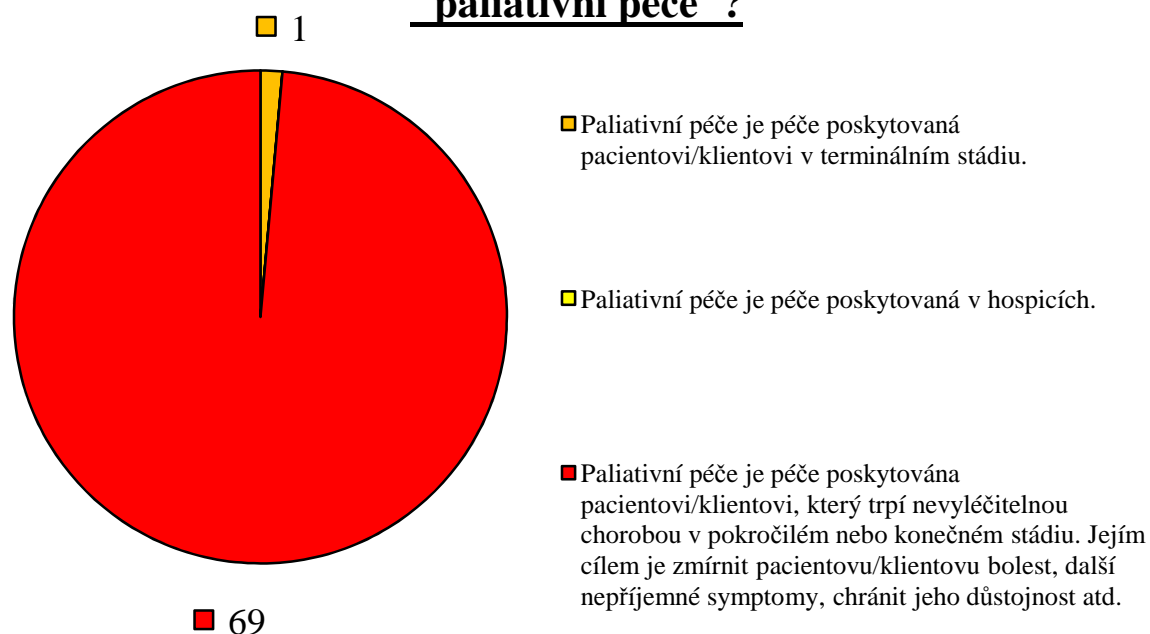
Otázka číslo 4

Která z těchto možností nejlépe vystihuje pojem „paliativní péče“?

Tab. 4 Pojem „paliativní péče“

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Paliativní péče je péče poskytovaná K/P v terminálním stádiu.	1	1,43
Paliativní péče je péče poskytovaná v hospicích.	0	0,00
Paliativní péče je péče poskytována K/P, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Jejím cílem je zmírnit K/P bolest, další nepříjemné symptomy, chránit jeho důstojnost atd.	69	98,57

Která z těchto možností nejlépe vystihuje pojem "paliativní péče"?



Obr. 3 Graf pojmu „paliativní péče“

Nejlépe vystihující odpověď na tuto otázku zvolilo 69 respondentů (98,57 %) – „Paliativní péče je péče poskytovaná K/P, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Jejím cílem je zmírnit K/P bolest, další nepříjemné symptomy, chránit jeho důstojnost atd.“ 1 respondent (1,43 %) zvolil odpověď – „Paliativní péče je péče poskytovaná K/P v terminálním stádiu.“ Odpověď – „Paliativní péče je péče poskytovaná v hospicích“ nezvolil žádný respondent. Z tabulky vyplývá, že 98,57 % respondentů chápe komplexnost paliativní péče.

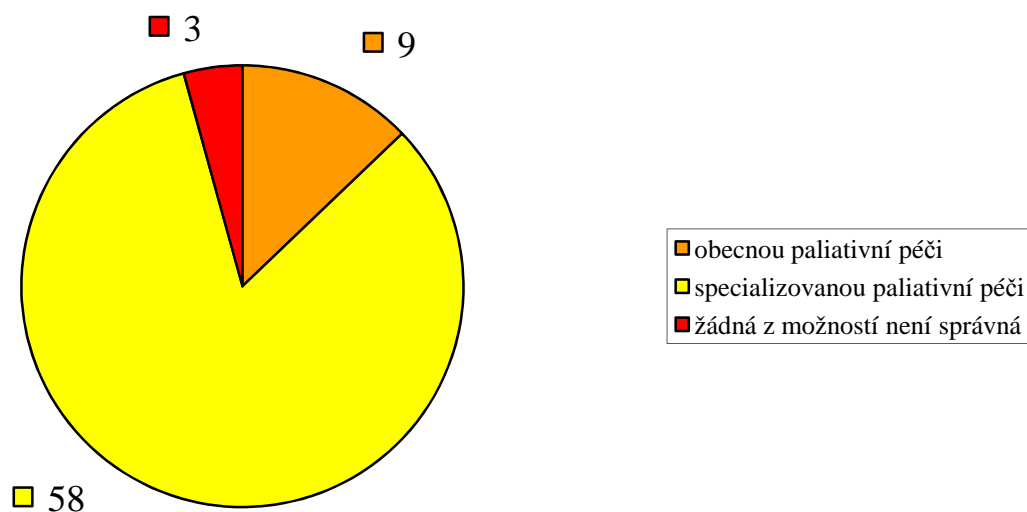
Otázka číslo 5

Hospice poskytují:

Tab. 5 Péče, kterou hospic poskytuje

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Obecnou paliativní péči	9	12,86
Specializovanou paliativní péči	58	82,86
Žádná z možností není správná	3	4,29

Hospice poskytují:



Obr. 4 Graf péče, kterou hospic poskytuje

9 respondentů (12,86 %) označilo obecnou paliativní péči. 58 respondentů (82,86 %) označilo správně specializovanou paliativní péči. Podle 3 respondentů (4,29 %) není žádná z nabízených možností správná. Ze získaných dat je patrné, že naprostá většina respondentů si je vědoma, že je členem týmu odborníků, kteří jsou zkušení v otázkách paliativní péče, a tudíž jsou schopni poskytnout K/P komplexní paliativní péči.

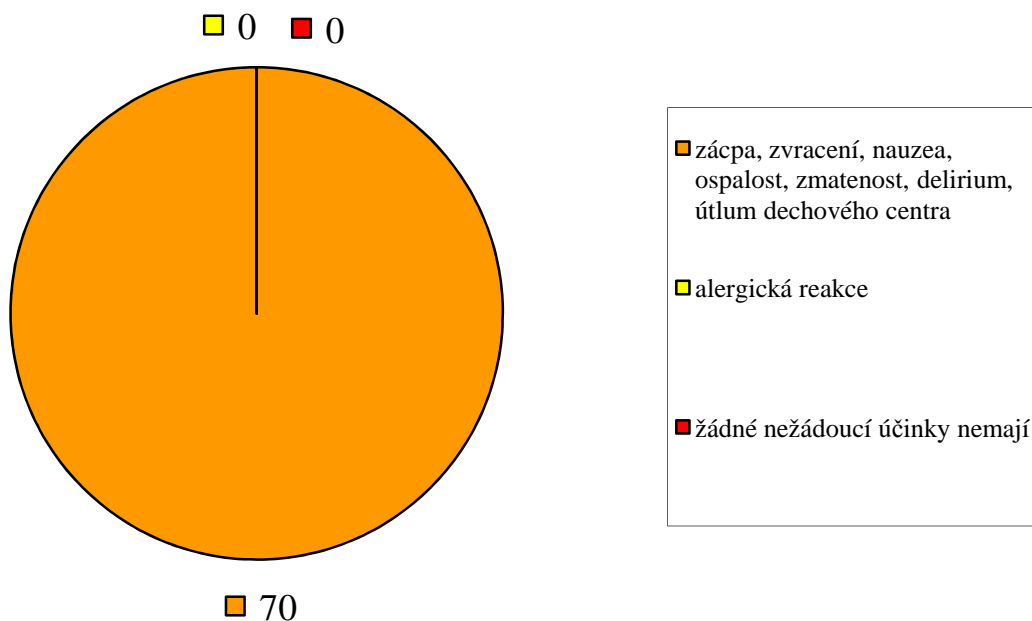
Otázka číslo 6

Jaké jsou nežádoucí účinky opiátových analgetik?

Tab. 6 Nežádoucí účinky opiátových analgetik

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Zácpa, zvracení, nauzea, ospalost, zmatenost, delirium, útlum dechového centra	70	100,00
Alergická reakce	0	0,00
Žádné nežádoucí účinky nemají	0	0,00

Jaké jsou nežádoucí účinky opiátových analgetik?



Obr. 5 Graf nežádoucích účinků opiátových analgetik

70 respondentů (100 %) zná nežádoucí účinky opiátových analgetik - zácpa, zvracení, zmatenost, delirium, útlum dechového centra. Tento výsledek mě velice mile překvapil, protože je zřejmé, že respondenti mají s podáváním opiátových analgetik mnohé zkušenosti.

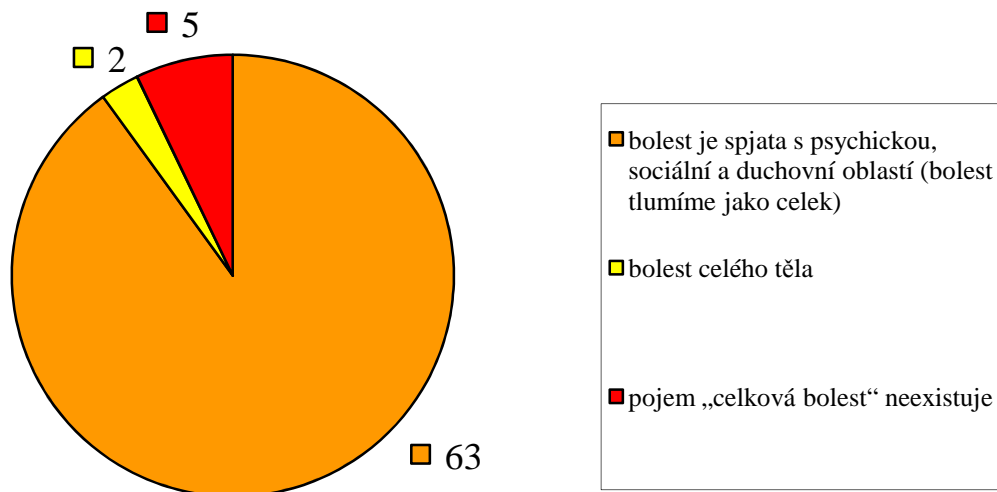
Otázka číslo 7

Pojem „celková bolest“ znamená:

Tab. 7 Pojem „celková bolest“

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Bolest je spjata s psychickou, sociální a duchovní oblastí (bolest tlumíme jako celek)	63	90,00
Bolest celého těla	2	2,86
Pojem „celková bolest“ neexistuje	5	7,14

Pojem "celková bolest" znamená:



Obr. 6 Graf pojmu „celková bolest“

63 respondentů (90 %) odpovědělo správně, že pojem „celková bolest“ je bolest, která je spjata s psychickou, sociální a duchovní oblastí a je tedy nutné ji tlumit jako celek. 2 respondenti (2,86 %) odpověděli, že pojem „celková bolest“ znamená bolest celého těla. 5 respondentů (7,14 %) si myslí, že pojem „celková bolest“ neexistuje. Všichni

respondenti z hospice Štrasburk, sv. Lazara a Smíření odpověděli na položenou otázku správně. Výše uvedené výsledky mne mile překvapily. Je patrné, že zdravotní sestry v hospici chápou, že bolest není jen o fyzickém utrpení, ale mnohdy i o utrpení psychickém, sociálním a duchovním, a proto je důležité pohlížet na ni jako na celek všech těchto částí.

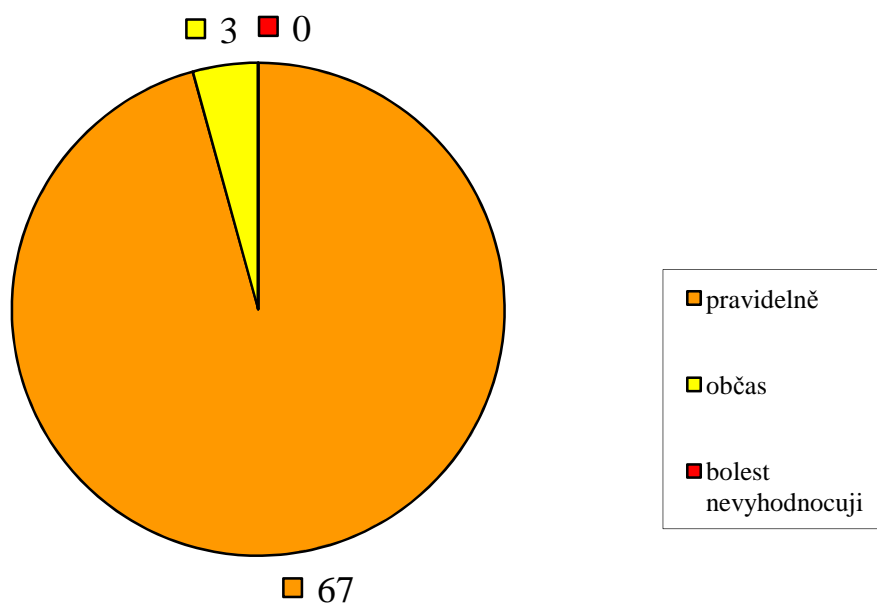
Otázka číslo 8

Jak často vyhodnocujete bolest u K/P?

Tab. 8 Vyhodnocování bolesti K/P

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Pravidelně	67	95,71
Občas	3	4,29
Bolest nevyhodnocuji	0	0,00

Jak často vyhodnocujete bolest u pacienta/klienta?



Obr. 7 Graf vyhodnocování bolesti K/P

67 respondentů (95,71 %) vyhodnocuje bolest pravidelně. 3 respondenti (4,29 %) vyhodnocují bolest občas. Žádný respondent neoznačil možnost, že bolest

nevyhodnocuje. Výsledky dokazují, že zdravotní sestry věnují bolesti značnou pozornost a vyhodnocují ji pravidelně, jen 3 respondenti z hospice sv. Alžběty vyhodnocují bolest občas.

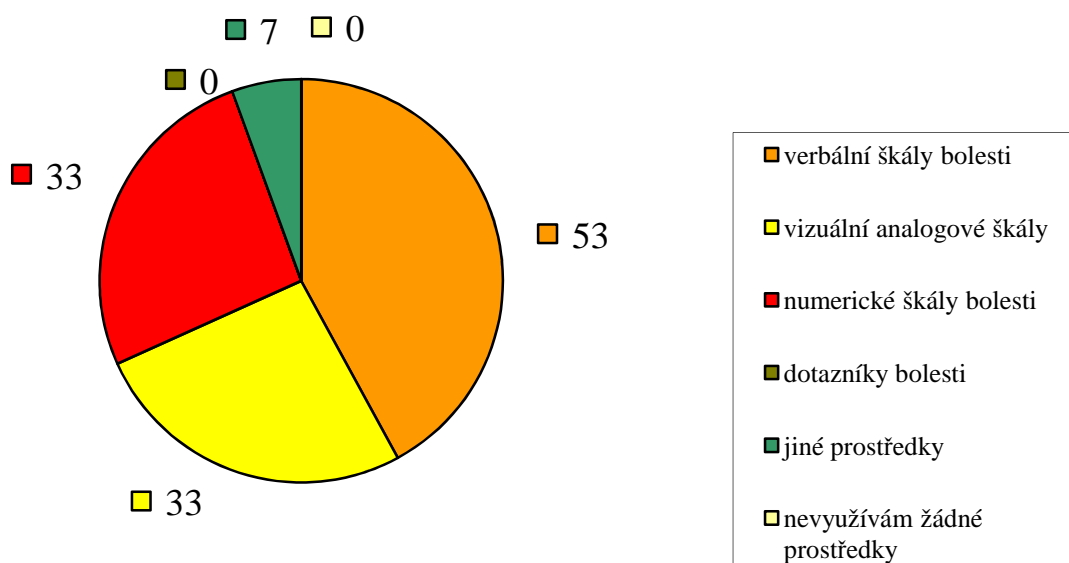
Otázka číslo 9

Jaké prostředky využíváte k vyhodnocování bolesti u K/P?

Tab. 9 Prostředky k vyhodnocování bolesti K/P

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Verbální škály bolesti	53	75,71
Vizuální analogové škály	33	47,14
Numerické škály bolesti	33	47,14
Dotazníky bolesti	0	0,00
Jiné prostředky	7	10,00
Nevyužívám žádné prostředky	0	0,00

Jaké prostředky využíváte k vyhodnocování bolesti u pacienta/klienta?



Obr. 8 Graf prostředků k vyhodnocování bolesti K/P

53 respondentů (75,71 %) využívá k vyhodnocování bolesti u K/P verbální škály bolesti. 33 respondentů (47,14 %) využívá vizuální analogové škály, 33 respondentů (47,14 %) numerické škály bolesti. 7 respondentů (10 %) využívá k vyhodnocování bolesti u K/P jiné prostředky – pozorování pacienta/klienta, výraz obličeje a zaujímání úlevové polohy.

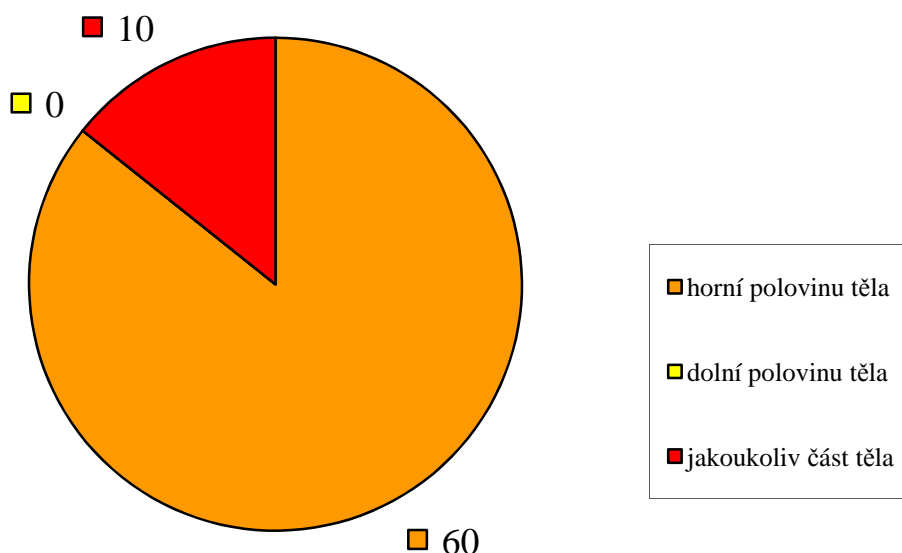
Otázka číslo 10

Transdermální opioidy se aplikují na:

Tab. 10 Místo aplikace transdermálních opioidů

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Horní polovinu těla	60	85,71
Dolní polovinu těla	0	0,00
Jakoukoliv část těla	10	14,29

Transdermální opioidy se aplikují na:



Obr. 9 Graf místa aplikace transdermálních opioidů

Správnou odpověď – horní polovinu těla - označilo 60 respondentů (85,71 %). Podle 10 respondentů (14,29 %) se transdermální opioidy aplikují na jakoukoliv část těla.

Možnost – dolní polovinu těla - ne zvolil žádný respondent. Všichni respondenti z hospice Štrasburk, sv. Jana N. Neumanna a sv. Alžběty odpověděli na tuto otázku správně. Z výsledků je zřejmé, že stále malá část zdravotních sester není vzdělaná v oblasti podávání transdermálních opioidů a nutnosti jejich správné aplikace na horní polovinu těla.

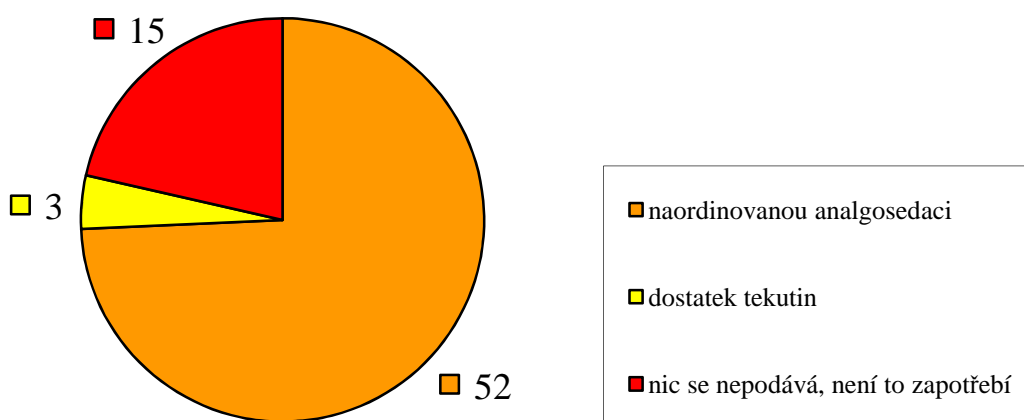
Otázka číslo 11

Před plánovaným manuálním vybavováním stolice z důvodu zácpy je důležité, aby sestra podala:

Tab. 11 Manuální vybavování stolice

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Naordinovanou analgosedaci	52	74,29
Dostatek tekutin	3	4,29
Nic se nepodává, není to zapotřebí	15	21,43

Před plánovaným manuálním vybavováním stolice z důvodu zácpy je důležité, aby sestra podala:



Obr. 10 Graf manuálního vybavování stolice

52 respondentů (74,29 %) by před manuálním vybavováním stolice podalo naordinovanou analgosedaci. 3 respondenti (4,29 %) by před výkonem podali dostatek tekutin a podle 15 respondentů (21,43 %) se před výkonem nepodává nic, protože to není zapotřebí. Jen v hospici sv. Alžběty odpověděli všichni respondenti správně.

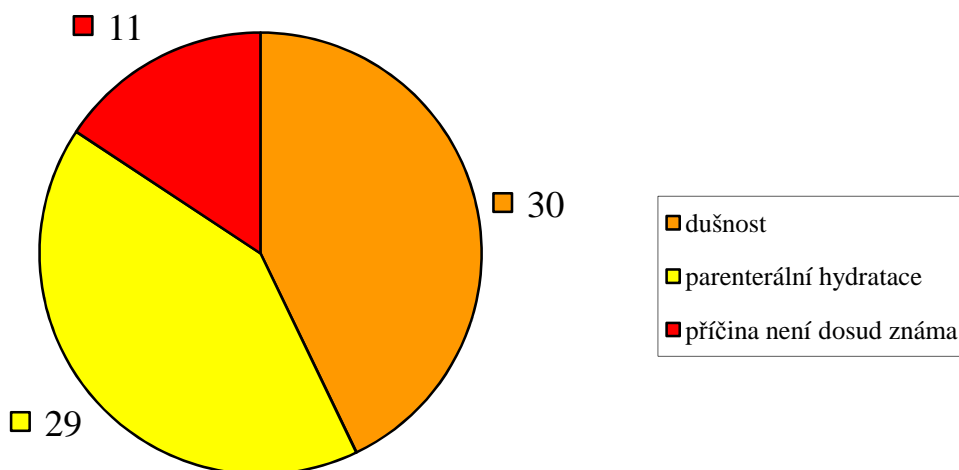
Otázka číslo 12

Nejčastější příčinou terminálního chrčivého dýchání je:

Tab. 12 Příčina terminálního chrčivého dýchání

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Dušnost	30	42,86
Parenterální hydratace	29	41,43
Příčina není dosud známa	11	15,71

Nejčastější příčinou terminálního chrčivého dýchání je:



Obr. 11 Graf příčiny terminálního chrčivého dýchání

30 respondentů (42,86 %) označilo jako nejčastější příčinu terminálního chrčivého dýchání dušnost, 29 respondentů (41,43 %) parenterální hydrataci. Podle 11 respondentů (15,71 %) není příčina terminálního chrčivého dýchání dosud známa.

Tento výsledek mě hodně nemile překvapil. Předpokládala jsem, že zdravotní sestry vědí, proč nejčastěji k terminálnímu chrčivému dýchání u K/P dochází, a že není projevem dušnosti ani žádného jiného diskomfortu K/P.

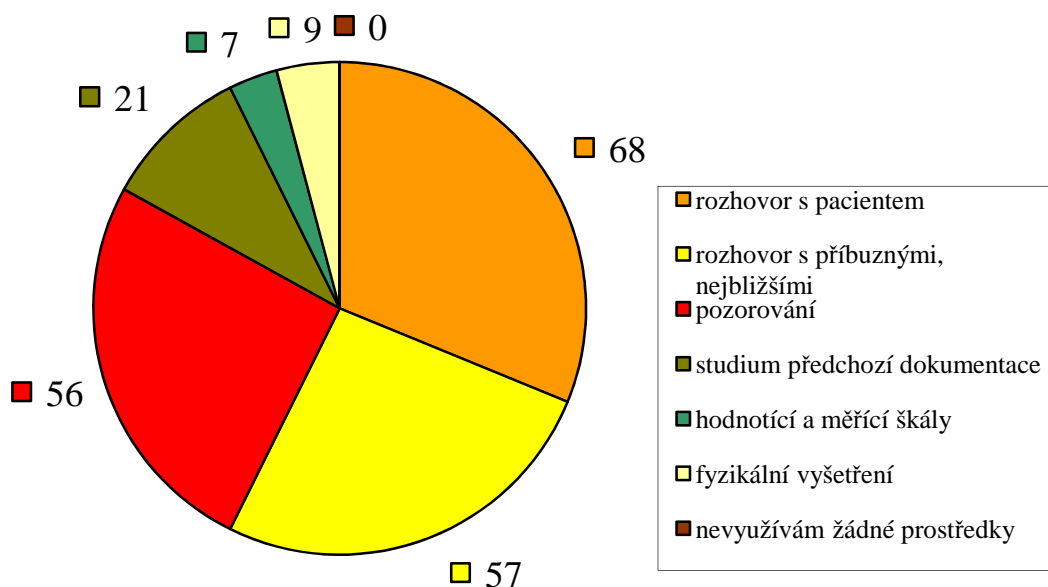
Otázka číslo 13

Které prostředky využíváte v praxi k vyhodnocování potřeb K/P nejvíce?

Tab. 13 Prostředky k vyhodnocování potřeb K/P

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Rozhovor s pacientem	68	97,14
Rozhovor s příbuznými, nejbližšími	57	81,43
Pozorování	56	80,00
Studium předchozí dokumentace	21	30,00
Hodnotící a měřicí škály	7	10,00
Fyzikální vyšetření	9	12,86
Nevyužívám žádné prostředky	0	0,00

Které tři prostředky využíváte v praxi k vyhodnocování potřeb pacienta/klienta nejvíce?



Obr. 12 Graf prostředků k vyhodnocování potřeb K/P

68 respondentů (97,14 %) využívá v praxi k vyhodnocování potřeb K/P rozhovor s pacientem, 57 respondentů (81,43 %) využívá rozhovor s příbuznými a nejbližšími. 56 respondentů (80 %) využívá k vyhodnocování pozorování a 21 respondentů (30 %) hodnotící a měřící škály. Fyzikální vyšetření využívá 9 respondentů (12,86 %). Možnost „nevyžívám žádné prostředky“ neoznačil žádný respondent.

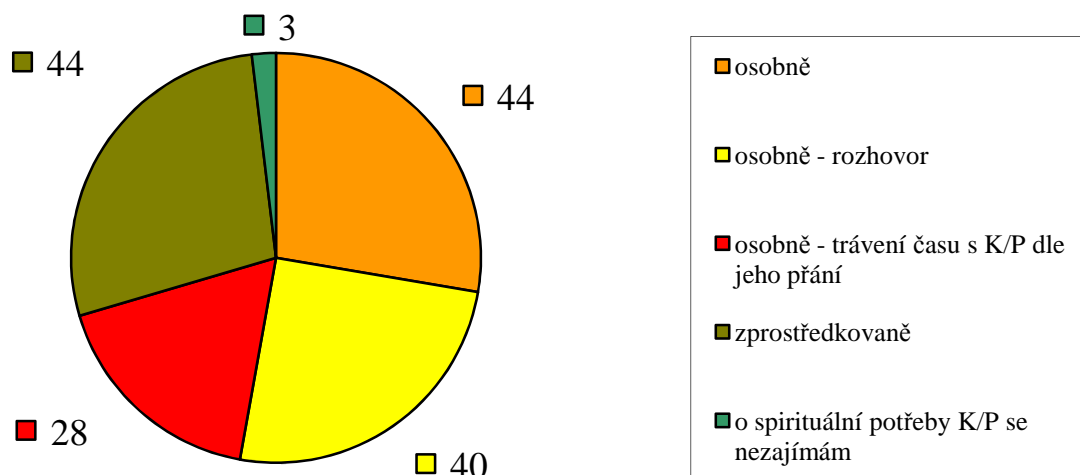
Otázka číslo 14

Jakým způsobem uspokojujete K/P spirituální potřeby?

Tab. 14 Způsoby uspokojování spirituálních potřeb K/P

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Osobně	44	62,86
Osobně - rozhovor	40	57,14
Osobně - trávení času s pacientem/klientem dle jeho přání	28	40,00
Zprostředkovaně	44	62,86
O spirituální potřeby pacienta/klienta se nezajímám	3	4,29

Jakým způsobem uspokojujete pacientovi/klientovi spirituální potřeby?



Obr. 13 Graf způsobů uspokojování spirituálních potřeb K/P

44 respondentů (62,86 %) uspokojuje K/P spirituální potřeby osobně. Tato možnost měla ještě dvě podmožnosti – rozhovor a trávení času s K/P dle jeho přání. Rozhovor využívá 40 respondentů (57,14 %). 28 respondentů (40 %) tráví čas s K/P dle jeho přání. 44 respondentů (62,86 %) uspokojuje K/P spirituální potřeby zprostředkovaně – využijí služeb kněze, duchovního pracovníka, pastoračního asistenta, psychoterapeuta. V některých hospicích se konají pravidelné mše. Jen 3 respondenti (4,29 %) uvedli, že se o spirituální potřeby K/P nezajímají. Zjištěné výsledky mě mile překvapily. Je zřejmé, že zdravotní sestry se k této problematice nestaví zády a jsou schopny uspokojovat K/P spirituální potřeby osobně i s pomocí kněze, pastoračního pracovníka, asistenta a psychoterapeuta.

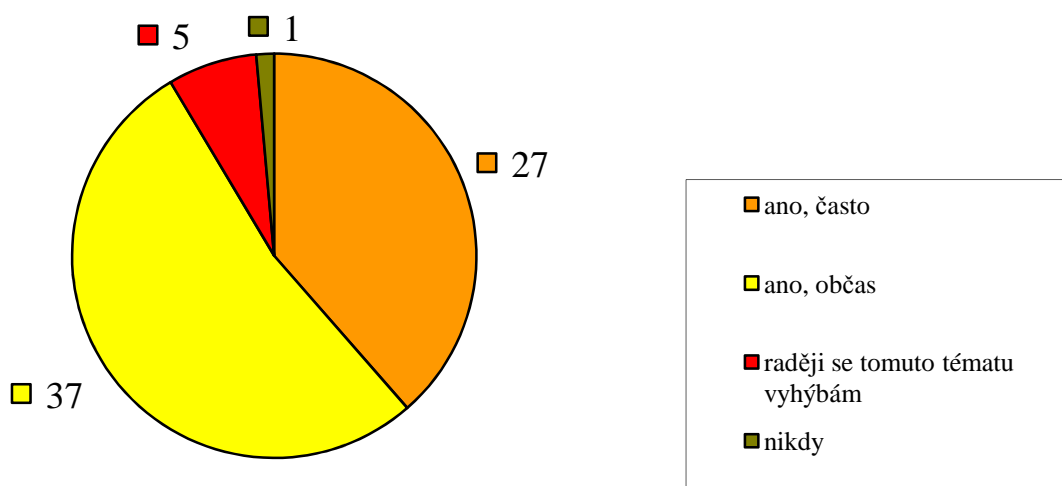
Otázka číslo 15

Mluvíte s K/P o umírání, smrti v případě jeho přání?

Tab. 15 Rozhovor s K/P o umírání, smrti

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano, často	27	38,57
Ano, občas	37	52,86
Raději se tomuto tématu vyhýbám	5	7,14
Nikdy	1	1,43

Mluvíte s K/P o umírání, smrti v případě jeho přání?



Obr. 14 Graf četnosti rozhovoru s K/P na téma umírání, smrti

27 respondentů (38,57 %) mluví o umírání a smrti s K/P často. 37 respondentů (52,86 %) mluví na toto téma občas a 5 respondentů (7,14 %) se tomuto tématu raději vyhýbá. Jen 1 respondent (1,43 %) s K/P o umírání, smrti nemluví nikdy. Z výsledků je patrné, že většina respondentů s K/P nemluví na toto citlivé téma často, někteří se mu i vyhýbají.

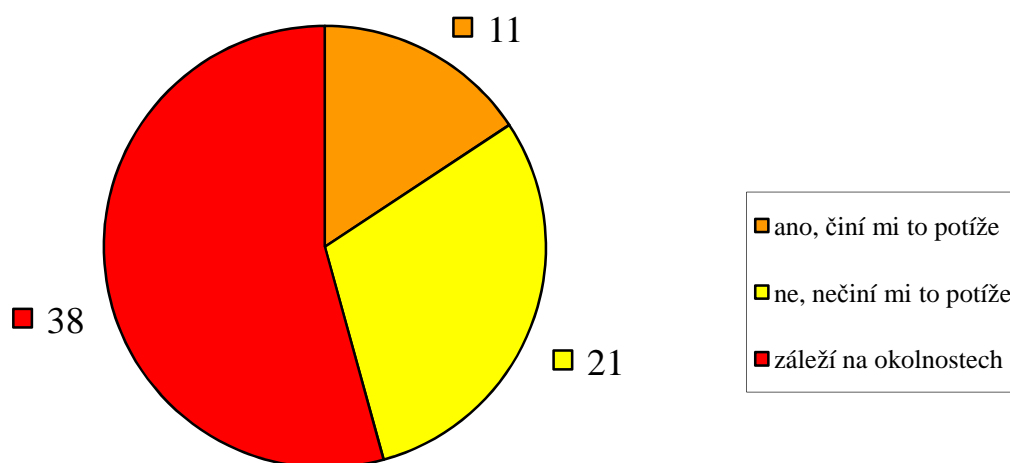
Otázka číslo 16

Činí Vám potíže mluvit s K/P o smrti, umírání?

Tab. 16 Potíže při rozhovoru s K/P o umírání, smrti

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano, činí mi to potíže	11	15,71
Ne, nečiní mi to potíže	21	30,00
Záleží na okolnostech	38	54,29

Činí Vám potíže mluvit s K/P o smrti, umírání?



Obr. 15 Graf potíží při rozhovoru s K/P o smrti, umírání

11 respondentům (15,71 %) činí problémy mluvit na téma smrti a umírání. 21 respondentů (30 %) nemá problém o tomto tématu hovořit a u 38 respondentů (54,29 %) záleží na okolnostech.

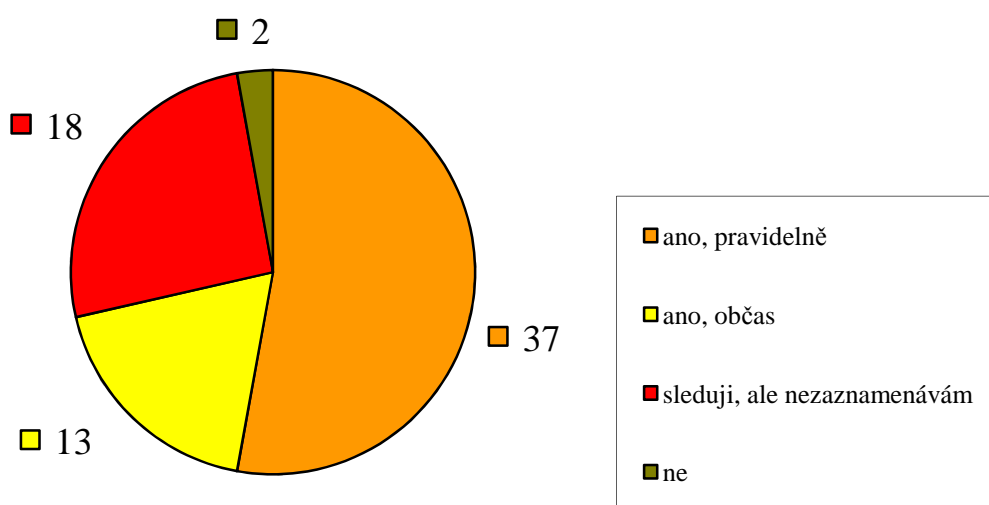
Otázka číslo 17

Sledujete a zaznamenáváte vývoj K/P psychického stavu? (1. Fáze popření a izolace, 2. fáze agrese, zlosti, 3. fáze smlouvání, 4. fáze deprese, 5. fáze akceptace.)

Tab. 17 Sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano, pravidelně	37	52,86
Ano, občas	13	18,57
Sleduji, ale nezaznamenávám	18	25,71
Ne	2	2,86

Sledujete a zaznamenáváte vývoj K/P psychického stavu?



Obr. 16 Graf sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu pacienta/klienta

37 respondentů (52,86 %) sleduje vývoj psychického stavu K/P pravidelně, 13 respondentů (18,57 %) jen občas. 18 respondentů (25,71 %) sleduje vývoj psychického stavu K/P, ale nezaznamenává jej. Pouze 2 respondenti (2,86 %) vývoj psychického stavu K/P nesledují. V hospici sv. Jana N. Neumanna sledují všichni respondenti vývoj

K/P psychického stavu pravidelně. Domnívala jsem se, že sledování a zaznamenávání psychického stavu K/P je naprostou samozřejmostí, ale z uvedených výsledků je jasné, že tomu tak na některých pracovištích není. Dle mého názoru musí být v některých hospicích nekvalitní přenos informací o K/P, když zdravotní sestry sledují vývoj psychického stavu K/P jen občas, nebo zjištěné poznatky nezaznamenávají.

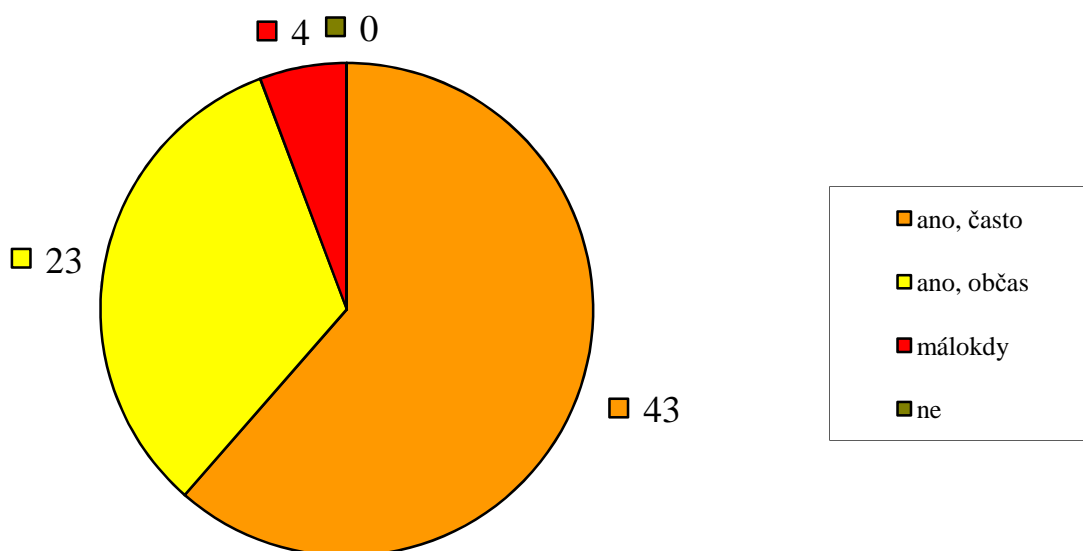
Otázka číslo 18

Zvládáte ve své pracovní době vyhradit si čas na osobní rozhovor s K/P?

Tab. 18 Schopnost vyhradit si čas na rozhovor s K/P

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano, často	43	61,43
Ano, občas	23	32,86
Málokdy	4	5,71
Ne	0	0,00

Zvládáte ve své pracovní době vyhradit si čas na osobní rozhovor s pacientem/klientem?



Obr. 17 Graf schopnosti vyhradit si čas na rozhovor s K/P

43 respondentů (61,43 %) si zvládne často ve své pracovní době vyhradit čas na osobní rozhovor s K/P, 23 respondentů (32,86 %) jen občas. 4 respondenti (5,71 %) si zvládnou vyhradit čas jen málokdy.

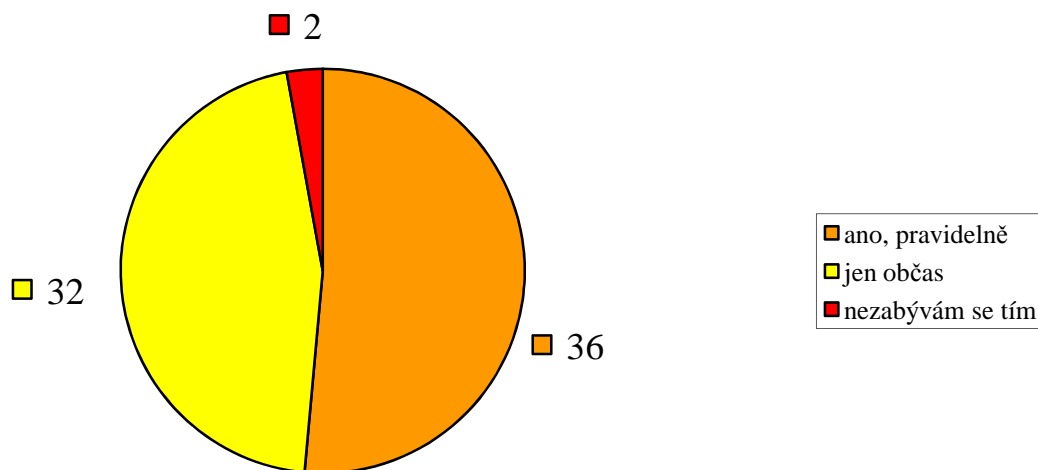
Otázka číslo 19

Studujete, čtete odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče?

Tab. 19 Studium, četba odborné literatury

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano, pravidelně	36	51,43
Jen občas	32	45,71
Nezabývám se tím	2	2,86

Studujete, čtete odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče?



Obr. 18 Graf o studiu, četbě odborné literatury

36 respondentů (51,43 %) studuje, čte odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče pravidelně, 32 respondentů (45,71 %) jen občas. Pouze 2 respondenti (2,86 %) se tím nezabývají. Jen v hospici na Svatém Kopečku a Smířeni jsou 2 respondenti, kteří nestudují, nečtou odbornou literaturu zabývající se problematikou

paliativní péče. Z výsledků je jasné, že naprostá většina má o odbornou literaturu zabývající se touto problematikou zájem a často nebo jen občas ji používají jako zdroj k získání dalších vědomostí.

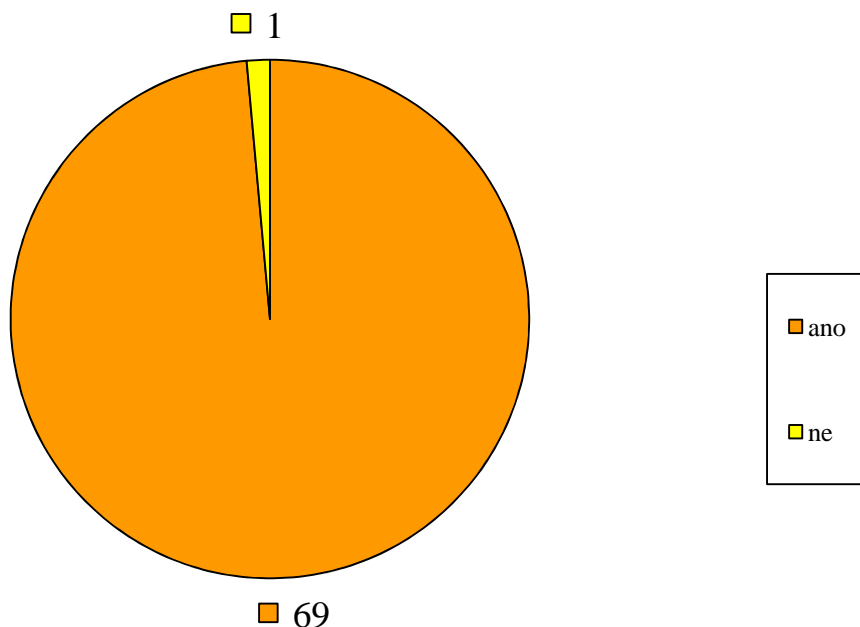
Otázka číslo 20

Podporuje Vás zaměstnavatel v oblasti vzdělávání a sebevzdělávání (navštěvování seminářů, kurzů)?

Tab. 20 Podpora zaměstnavatele v oblasti vzdělávání a sebevzdělávání

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano	69	98,57
Ne	1	1,43

Podporuje Vás zaměstnavatel v oblasti, vzdělávání a sebevzdělávání (navštěvování seminářů, kurzů)?



Obr. 19 Graf podpory zaměstnavatele v oblasti vzdělávání a sebevzdělávání

69 respondentů (98,57 %) nachází u svého zaměstnavatele podporu při vzdělávání. Zaměstnavatel poskytuje respondentům informace o konajících se kurzech a

seminářích, přispívá finančně a některé hospice mají vlastní vzdělávací centrum, které pořádá pro respondenty semináře. Pouze 1 respondent (1,43 %) z hospice Štrasburk podporu zaměstnavatele nemá.

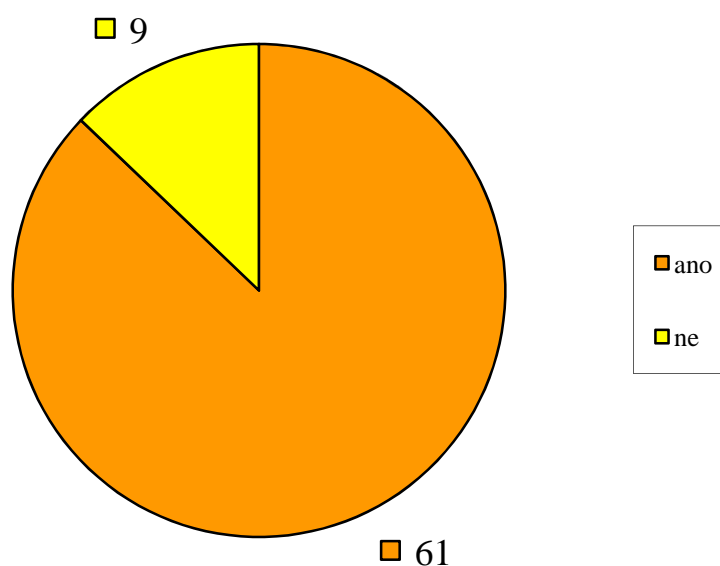
Otázka číslo 21

Zúčastnila jste se v poslední době (2010/2011) semináře, kurzu zabývající se paliativní péčí?

Tab. 21 Účast na semináři, kurzu o paliativní péči

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano	61	87,14
Ne	9	12,86

Zúčastnila jste se v poslední době (2010/2011) semináře, kurzu zabývající se paliativní péčí?



Obr. 20 Graf účasti na semináři, kurzu o paliativní péči

61 respondentů (87,14 %) se zúčastnilo v poslední době (2010/2011) semináře, kurzu, který se zabýval paliativní péčí. 9 respondentů (12,86 %) se semináře, kurzu nezúčastnilo. Jen v hospici Citadela, na Svatém Kopečku a hospici sv. Alžběty se

všichni respondenti zúčastnili v poslední době semináře, kurzu, který se zabývá problematikou paliativní péče.

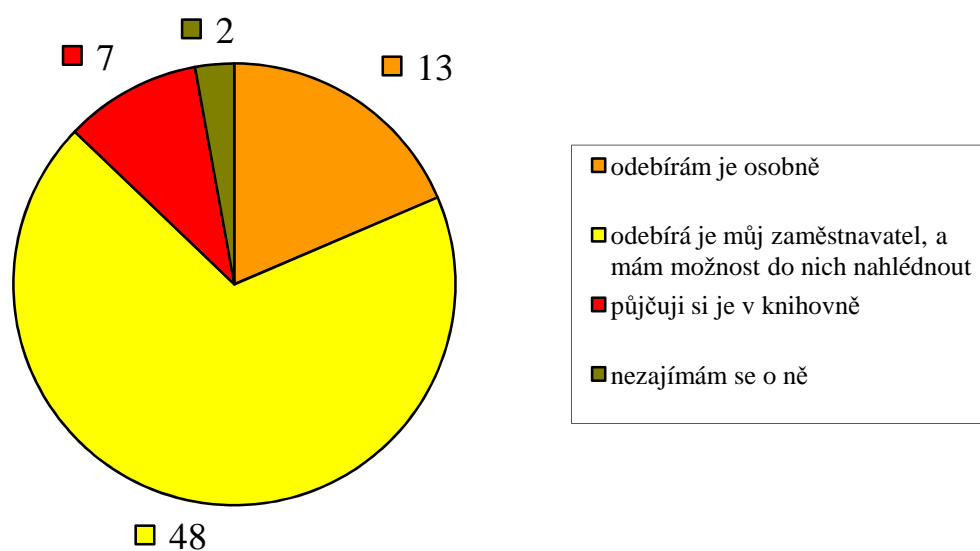
Otázka číslo 22

Odebíráte odborné zdravotnické časopisy, noviny?

Tab. 22 Odběr zdravotnických časopisů, novin

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Odebírám je osobně	13	18,57
Odebírá je můj zaměstnavatel, a mám možnost do nich nahlédnout	48	68,57
Půjčuji si je v knihovně	7	10,00
Nezajímám se o ně	2	2,86

Odebíráte odborné zdravotnické časopisy, noviny?



Obr. 21 Graf odběru odborných zdravotnických časopisů, novin

13 respondentů (18,57 %) odpovědělo, že zdravotnické časopisy, noviny odebírá osobně. U 48 respondentů (68,57 %) odebírá odborné zdravotnické časopisy, noviny

zaměstnavatel a respondenti mají možnost do nich nahlédnout. 7 respondentů (10 %) si půjčuje odborné zdravotnické časopisy, noviny v knihovně a pouze 2 respondenti (2,86 %) odpověděli, že se o ně nezajímají. Z výsledků je patrné, že respondenti využívají odborné zdravotnické časopisy a noviny k sebevzdělávání, jen 2 respondenti z hospice na Svatém Kopečku a Smíření je nevyužívají.

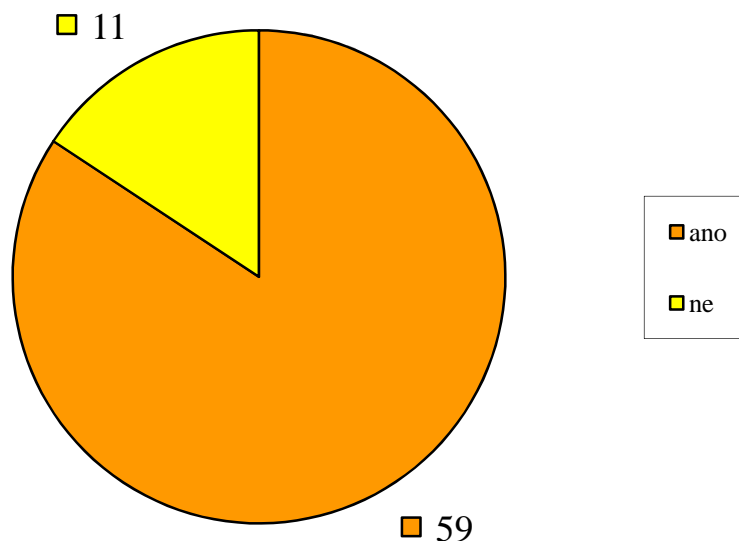
Otázka číslo 23

Používáte k získávání nových poznatků internet?

Tab. 23 Získávání nových poznatků pomocí internetu

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano	59	84,29
Ne	11	15,71

Používáte k získávání nových poznatků internet?



Obr. 22 Graf získávání nových poznatků pomocí internetu

59 respondentů (84,29 %) k získávání nových poznatků internet používá, 11 respondentů (15,71 %) nikoliv. V hospici sv. Jana N. Neumanna, Citadela, sv. Alžběty a Smíření využívají všichni respondenti k sebevzdělávání internet.

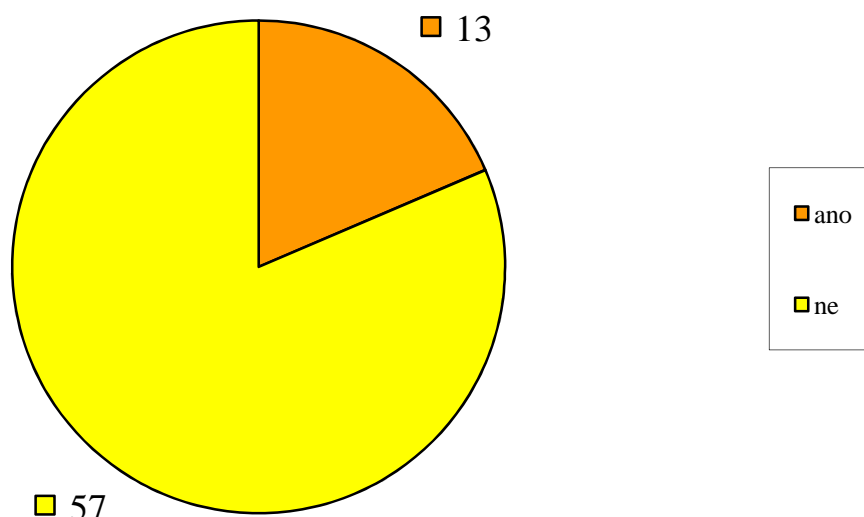
Otázka číslo 24

Přednášela jste někdy na semináři, kurzu zabývajícím se paliativní péčí?

Tab. 24 Přednášený na semináři, kurzu o paliativní péči

Odpověď	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Ano	13	18,57
Ne	57	81,43

Přednášela jste někdy na semináři, kurzu zabývajícím se paliativní péčí?



Obr. 23 Graf přednášení na semináři, kurzu o paliativní péči

13 respondentů (18,57 %) na semináři, kurzu o paliativní péči přednášelo, 57 respondentů (81,43 %) ne. V každém hospici je alespoň 1 respondent, který už na semináři, kurzu zabývajícím se paliativní péčí přednášel. Stále více zdravotních sester má ambice podělit se o své získané vědomosti a zkušenosti se svými kolegyněmi. Nejen že to podle mě pomáhá zdravotní sestře profesionálně růst, ale také motivuje další zdravotní sestry podílet se na vzdělávacích akcích.

8. Komparace výsledků mezi jednotlivými hospici

Jedním z cílů, které jsem si ve své bakalářské práci stanovila, je komparace výsledků mezi jednotlivými hospici. Rozhodla jsem se, že porovnám jen výsledky, o kterých se domnívám, že jsou zajímavé.

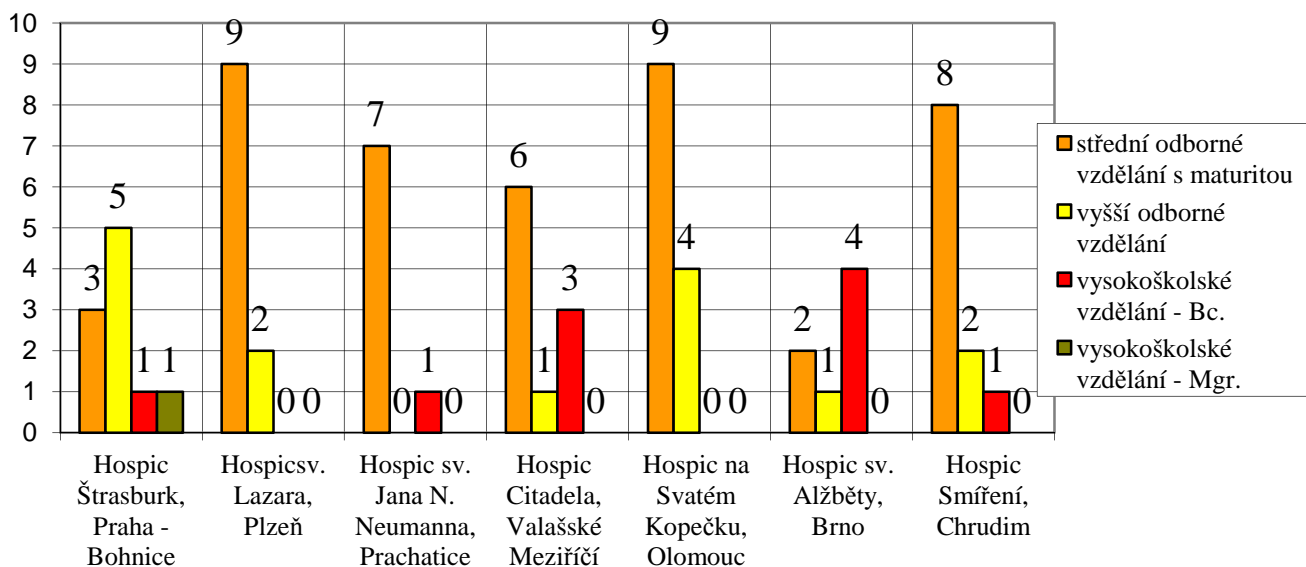
Otázka číslo 3

Vaše dosažené vzdělání:

Tab. 25 – Rozdělení respondentů jednotlivých hospiců dle dosaženého vzdělání

Hospic	Střední odborné vzdělání s maturitou		Vyšší odborné vzdělání		Vysokoškolské vzdělání - Bc.		Vysokoškolské vzdělání - Mgr.	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
Hospic Štrasburk, Praha – Bohnice	3	30,00	5	50,00	1	10,00	1	10,00
Hospic sv. Lazara, Plzeň	9	81,82	2	18,18	0	0,00	0	0,00
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	7	87,50	0	0,00	1	12,50	0	0,00
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	6	60,00	1	10,00	3	30,00	0	0,00
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc	9	69,23	4	30,77	0	0,00	0	0,00
Hospic sv. Alžběty, Brno	2	28,57	1	14,29	4	57,14	0	0,00
Hospic Smíření, Chrudim	8	72,73	2	18,18	1	9,09	0	0,00
Celkem	44	62,86	15	21,43	10	14,29	1	1,43

Vaše dosažené vzdělání:



Hospic

Obr. 24 Graf dosaženého vzdělání – komparace výsledků

Z výsledků je zřejmé, že většina respondentů pracujících v hospici má jen střední odborné vzdělání s maturitou a respondenti s vyšším dosaženým vzděláním jsou zastoupeny v menší míře. Zastoupení všech možností dosaženého vzdělání najdeme v hospici Štrasburk. Zde pracují 3 respondenti (30 %) se středním odborným vzděláním s maturitou, 5 respondentů (50 %) s vyšším odborným vzděláním, 1 respondent (10 %) s vysokoškolským vzděláním – Bc. a 1 respondent (10 %) s vysokoškolským vzděláním – Mgr.

Nejvíce respondentů se středním odborným vzděláním s maturitou pracuje v hospici sv. Lazara a hospici sv. Jana N. Neumanna. V hospici sv. Lazara a hospici na Svatém Kopečku nepracuje žádný respondent s vysokoškolským vzděláním. Nejvíce respondentů, kteří mají vysokoškolské vzdělání – Bc. pracuje v hospici sv. Alžběty.

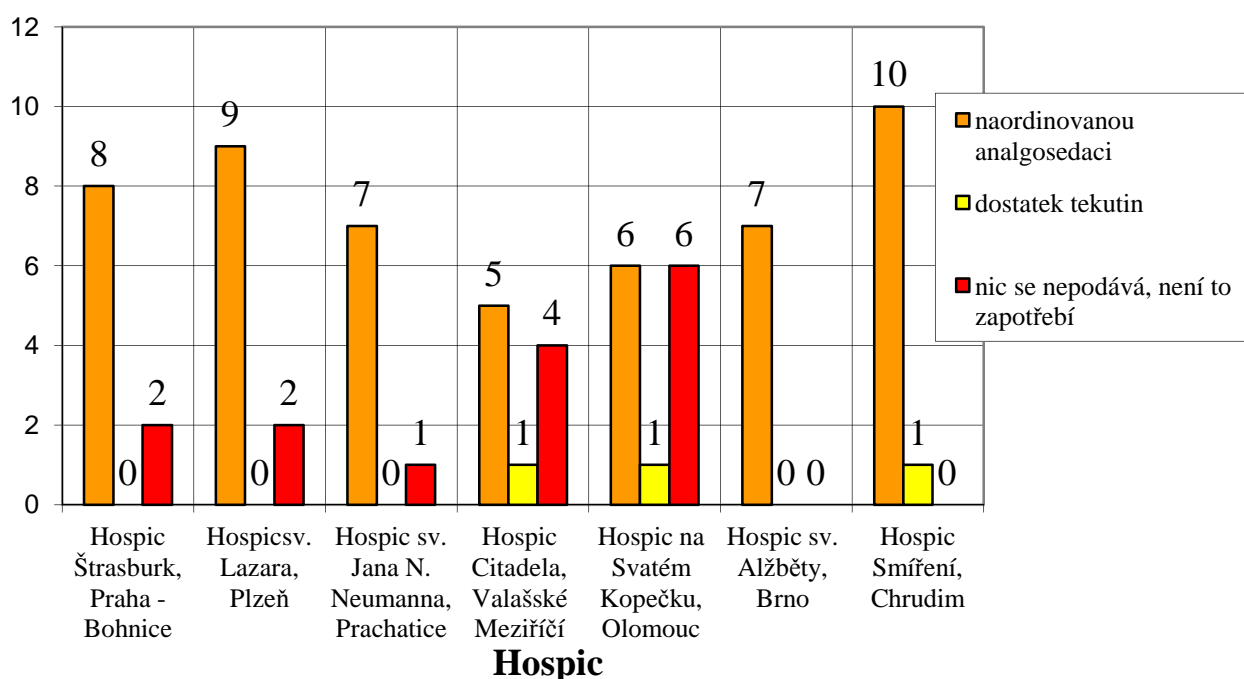
Otázka číslo 11

Před plánovaným manuálním vybavováním stolice z důvodu zácpy je důležité, aby sestra podala:

Tab. 26 Manuální vybavování stolice – komparace výsledků

Hospic	Naordinovanou analgosedaci		Dostatek tekutin		Nic se nepodává, není to zapotřebí	
	<i>AČ</i>	<i>RČ [%]</i>	<i>AČ</i>	<i>RČ [%]</i>	<i>AČ</i>	<i>RČ [%]</i>
Hospic Štrasburk, Praha - Bohnice	8	80,00	0	0,00	2	20,00
Hospic sv. Lazara, Plzeň	9	81,82	0	0,00	2	18,18
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	7	87,50	0	0,00	1	12,50
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	5	50,00	1	10,00	4	40,00
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc	6	46,15	1	7,69	6	46,15
Hospic sv. Alžběty, Brno	7	100,00	0	0,00	0	0,00
Hospic Smíření, Chrudim	10	90,91	1	9,09	0	0,00
Celkem	52	74,29	3	4,29	15	21,43

Před plánovaným manuálním vybavováním stolice z důvodu zácpy je důležité, aby sestra podala:



Obr. 25 Graf manuálního vybavování stolice – komparace výsledků

Z rozšířené tabulky je patrné, že se odpovědi respondentů značně liší. Nejlepších výsledků dosáhl hospic sv. Alžběty v Brně, kde si jsou všichni respondenti vědomi, že než se zahájí manuální vybavování stolice, je zapotřebí, aby podali naordinovanou analgosedaci. Nejhorších výsledků dosáhl hospic na Svatém Kopečku a hned po něm hospic Citadela, kde respondenti volili ve větší míře možnost „dostatek tekutin“ nebo „nic se nepodává, není to zapotřebí“. V ostatních hospicích se našli max. 2 respondenti, kteří zvolili nesprávnou odpověď. I když se výsledky různí, pozitivním faktem je, že většina respondentů zná správný postup před manuálním vybavováním stolice.

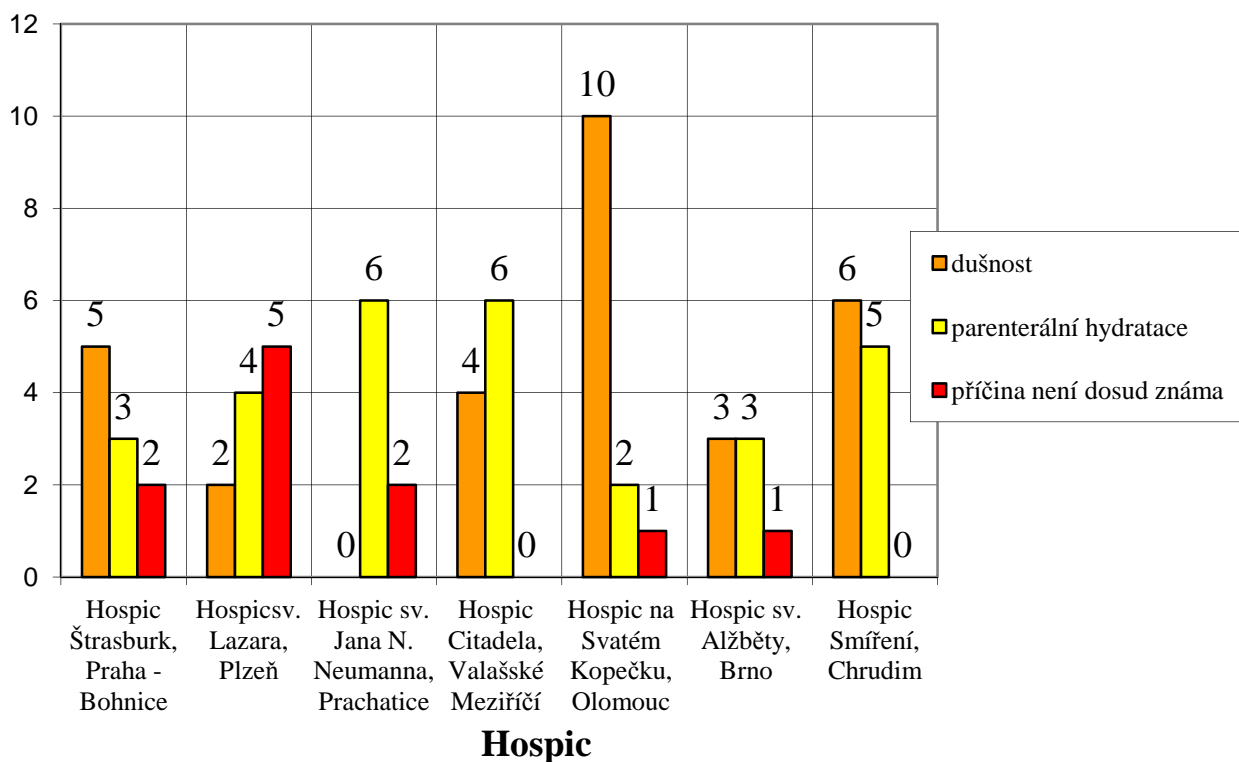
Otázka číslo 12

Nejčastější příčinou terminálního chrčivého dýchání je:

Tab. 27 Příčina terminálního chrčivého dýchání – komparace výsledků

Hospic	Dušnost		Parenterální hydratace		Příčina není dosud známa	
	<i>AČ</i>	<i>RČ [%]</i>	<i>AČ</i>	<i>RČ [%]</i>	<i>AČ</i>	<i>RČ [%]</i>
Hospic Štrasburk, Praha - Bohnice	5	50,00	3	30,00	2	20,00
Hospic sv. Lazara, Plzeň	2	18,18	4	36,36	5	45,45
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	0	0,00	6	75,00	2	25,00
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	4	40,00	6	60,00	0	0,00
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc	10	76,92	2	15,38	1	7,69
Hospic sv. Alžběty, Brno	3	42,86	3	42,86	1	14,29
Hospic Smíření, Chrudim	6	54,55	5	45,45	0	0,00
Celkem	30	42,86	29	41,43	11	15,71

Nejčastější příčinou terminálního chrčivého dýchání je:



Obr. 26 Graf příčiny terminálního chrčivého dýchání – komparace výsledků

Z výsledků je patrné, že respondenti nemají zcela ujasněno, jaká je nejčastější příčina terminálního chrčivého dýchání. Ani v jednom hospici neodpověděli všichni dotazovaní respondenti správně. Nejlépe však dopadl hospic sv. Jana N. Neumanna, ve kterém 6 respondentů (75 %) odpovědělo správně. Nehorších výsledků dosáhl hospic na Svatém Kopečku, kde jen 2 respondenti (15,38 %) označili správnou odpověď.

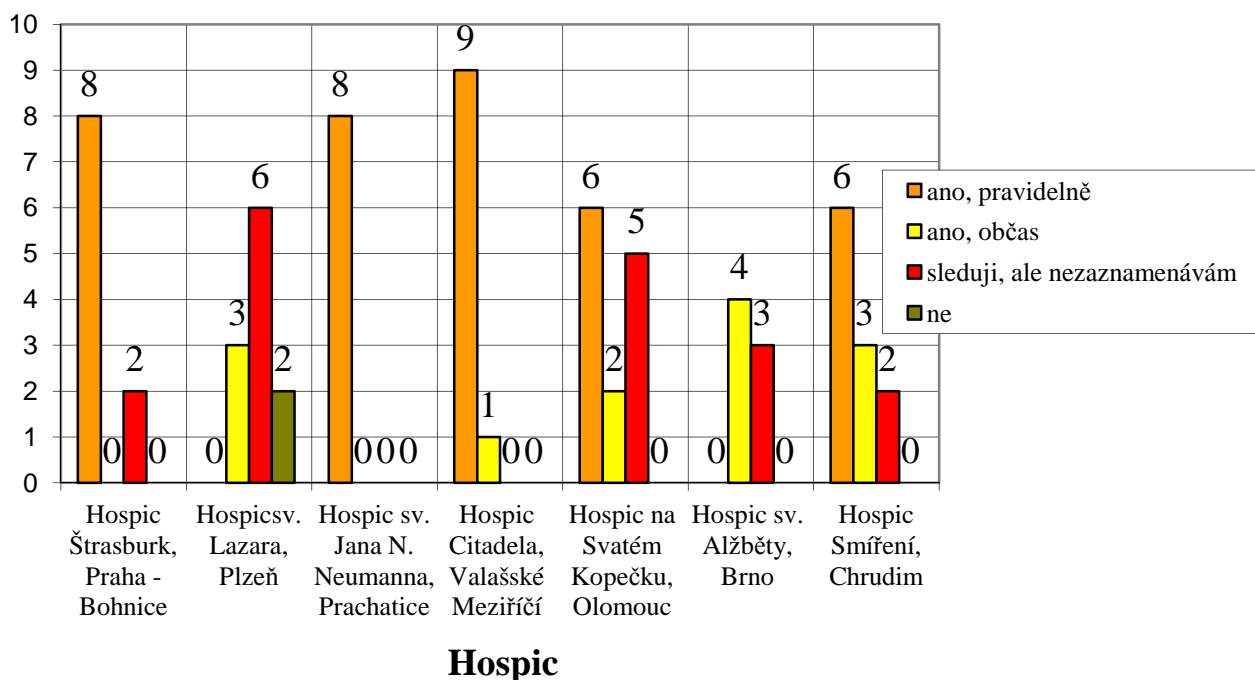
Otázka číslo 17

Sledujete a zaznamenáváte vývoj K/P psychického stavu? (1. Fáze popření a izolace, 2. fáze agrese, zlosti, 3. fáze smlouvání, 4. fáze deprese, 5. fáze akceptace.)

Tab. 28 Sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P – komparace výsledků

Hospic	Ano, pravidelně		Ano, občas		Sleduji, ale nezaznamenávám		Ne	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
Hospic Štrasburk, Praha - Bohnice	8	80,00	0	0,00	2	20,00	0	0,00
Hospic sv. Lazara, Plzeň	0	0,00	3	27,27	6	54,55	2	18,18
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	8	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	9	90,00	1	10,00	0	0,00	0	0,00
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc	6	46,15	2	15,38	5	38,46	0	0,00
Hospic sv. Alžběty, Brno	0	0,00	4	57,14	3	42,86	0	0,00
Hospic Smíření, Chrudim	6	54,55	3	27,27	2	18,18	0	0,00
Celkem	37	52,86	13	18,57	18	25,71	2	2,86

Sledujete a zaznamenáváte vývoj K/P psychického stavu?



Obr. 27 Graf sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P – komparace výsledků

Z této rozšířené tabulky je patrné, že ne všichni respondenti se věnují pravidelnému sledování a zaznamenávání vývoje K/P psychického stavu. Jen v hospici sv. Jana N. Neumanna se této problematice věnují pravidelně všichni respondenti. V hospici Citadela pravidelně zaznamenává vývoj psychického stavu pacienta/klienta 9 respondentů (90 %) a 1 respondent (10 %) sleduje a zaznamenává vývoj jen občas. V hospici sv. Lazara se této problematice nevěnuje pravidelně žádný respondent (0 %) a 2 respondenti (18,18 %) se této problematice nevěnují vůbec. V hospici sv. Alžběty se této problematice nevěnuje pravidelně žádný respondent, ale ostatní respondenti sledují a zaznamenávají vývoj K/P psychického stavu jen občas, nebo ho sledují, ale nezaznamenávají do dokumentace. Respondenti z ostatních hospiců volili odpovědi „ano, pravidelně“, „ano, občas“ nebo „sleduji, ale nezaznamenávám“. Výsledky poukazují na skutečnost, že někteří respondenti nevěnují této problematice dostatečnou pozornost, a tudíž nejsou K/P nápomocni při překonávání všech fází, aby došli do fáze smíření. Celkově lze říci, že této problematice se věnuje pravidelně většina respondentů, ostatní respondenti hodnotí vývoj psychického stavu K/P jen občas, nebo jej nezaznamenávají.

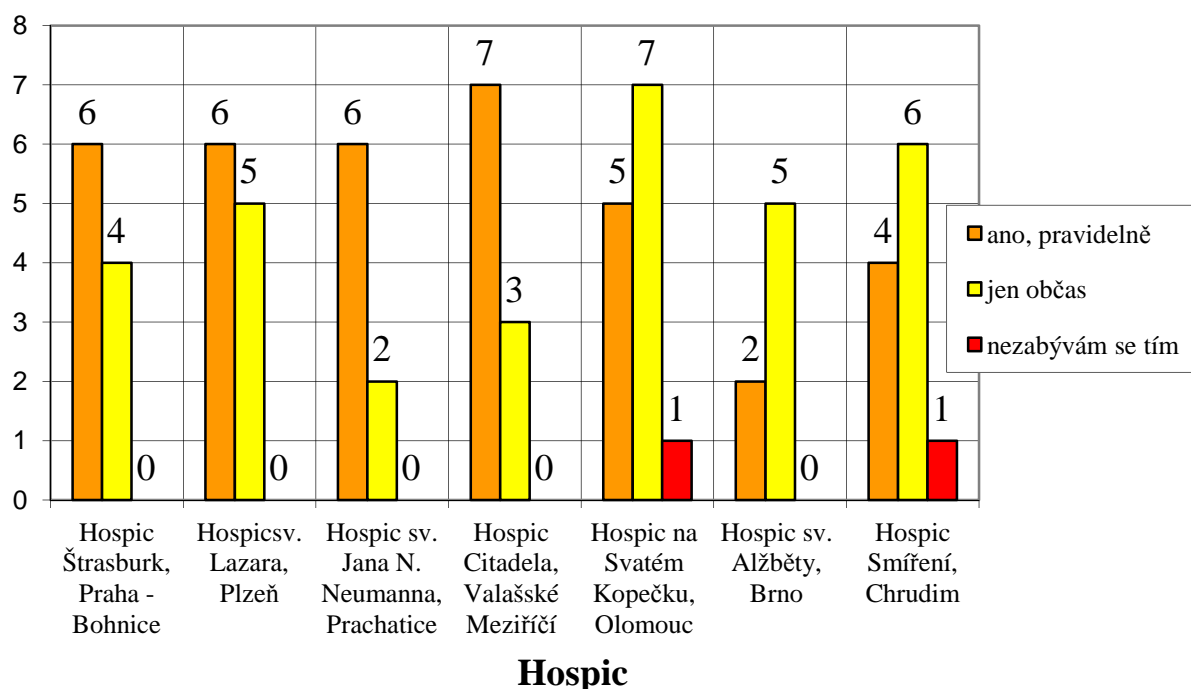
Otázka číslo 19

Studujete, čtete odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče?

Tab. 29 Studium, četba odborné literatury – komparace výsledků

Hospic	Ano, pravidelně		Jen občas		Nezabývám se tím	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
Hospic Štrasburk, Praha - Bohnice	6	60,00	4	40,00	0	0,00
Hospic sv. Lazara, Plzeň	6	54,55	5	45,45	0	0,00
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	6	75,00	2	25,00	0	0,00
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	7	70,00	3	30,00	0	0,00
Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc	5	38,46	7	53,85	1	7,69
Hospic sv. Alžběty, Brno	2	28,57	5	71,43	0	0,00
Hospic Smíření, Chrudim	4	36,36	6	54,55	1	9,09
Celkem	36	51,43	32	45,71	2	2,86

Studujete, čtete odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče?



Obr. 28 Graf studia, četby odborné literatury – komparace výsledků

Tato rozšířená tabulka poukazuje na skutečnost, že naprostá většina dotazovaných respondentů studuje a čte odbornou literaturu za účelem prohloubit své vědomosti v oblasti paliativní péče. V žádném z dotazovaných hospiců neodpověděli všichni respondenti, že by se věnovali této problematice pravidelně. Jejich odpovědi byly rozloženy do dvou možností „ano, pravidelně“ a „jen občas“. Pouze 2 respondenti (2,86 %) z hospice na Svatém Kopečku a hospice Smíření odpověděli, že se tím nezabývají. Nejlépe však dopadl hospic sv. Jana N. Neumanna, kde 6 respondentů (75 %) se čtení a studiu odborné literatury věnuje pravidelně. V hospici Citadela se čtení a studiu odborné literatury věnuje pravidelně 7 respondentů (70 %).

9. Diskuze

Cílem bakalářské práce je zmapovat úroveň paliativní péče v lůžkových hospicích. Zaměřila jsem se na tři oblasti – vědomosti, dovednosti sester a také jejich ambice se vzdělávat. Dalším cílem bakalářské práce byla komparace výsledků mezi jednotlivými hospici. K vyhodnocení cíle byly určeny tři výzkumné předpoklady.

9.1. Výzkumný předpoklad č. 1

Ve výzkumném předpokladu číslo 1 se domnívám, že 60 % zdravotních sester odpoví správně alespoň na 70 % otázek, týkajících se teoretických znalostí v oblasti paliativní péče.

Výzkumný předpoklad jsem ověřila otázkami číslo 4, 5, 6, 7, 10, 11 a 12.

59 respondentů (84,29 %) odpovědělo správně alespoň na 70 % otázek. V hospici sv. Lazara a hospici sv. Alžběty je 100 % respondentů, kteří odpověděli správně alespoň na 70 % otázek. Jen 7 respondentů (53,85 %) z hospice na Svatém kopečku odpovědělo správně na stanovené množství otázek. Z výsledků je zřejmé, že naprostá většina zdravotních sester, které v hospicích pracují, mají dostatečné vědomosti v oblasti paliativní péče.

Výsledek výzkumu je v souladu s výzkumným předpokladem č. 1.

Tab. 30 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 1

Hospic	70 % správných odpovědí	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost [%]</i>
Hospic Štrasburk, Praha - Bohnice	9	90,00
Hospic sv. Lazara, Plzeň	11	100,00
Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	6	75,00
Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	9	90,00
Hospic na Svatém kopečku, Olomouc	7	53,85
Hospic sv. Alžběty, Brno	7	100,00
Hospic Smíření, Chrudim	10	90,91
Celkem	59	84,29

9.2. Výzkumný předpoklad č. 2

Ve výzkumném předpokladu číslo 2 očekávám, že 70 % zdravotních sester má dobré dovednosti v oblasti paliativní péče. K ověření výzkumného předpokladu byly určeny otázky číslo 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. Zajímala mě schopnost respondentů vyhodnocovat bolest, a jaké prostředky k vyhodnocování využívají. 95,71 % respondentů vyhodnocuje bolest K/P pravidelně a nejčastěji využívanými prostředky byly zvoleny verbální škály bolesti, vizuální analogové škály a numerické škály. Dále mě zajímalo, zda jsou respondenti schopni najít si čas ve své pracovní době na osobní rozhovor s K/P. 61,43 % respondentů si umí nalézt čas často a 32,86 % občas. 38,57 % respondentů mluví o smrti a umírání na přání K/P často, 52,86 % občas. Na otázku, zda jim činí potíže mluvit na toto téma, odpovědělo 15,71 % respondentů „ano, činí mi to potíže“, 30 % respondentů „ne, nečiní mi to potíže“ a 54,29 % respondentů „záleží na okolnostech“. Dále jsem se zajímala, jakým způsobem respondenti uspokojují K/P spirituální potřeby. 62,86 % respondentů je uspokojuje jak osobně, tak zprostředkovaně. Výsledek, zda sledují a zaznamenávají vývoj psychického stavu K/P, byl zajímavý. 52,86 % respondentů sleduje a zaznamenává tento vývoj pravidelně, 18, 57 % respondentů jen občas, 25,71 % respondentů tento vývoj sleduje, ale nezaznamenává a

2,86 % respondentů ho nesleduje vůbec. Z výše zjištěných výsledků je patrné, že většina respondentů vyhodnocují bolest pravidelně, je schopna mluvit s K/P na citlivé téma, uspokojovat jeho spirituální potřeby a sledovat a zaznamenávat vývoj jeho psychického stavu.

Výsledek výzkumu je v souladu s výzkumným předpokladem č. 2.

9.3. Výzkumný předpoklad č. 3

Ve výzkumném předpokladu číslo 3 předpokládám, že 50 % zdravotních sester se zúčastňuje odborných seminářů, čte odbornou literaturu a má zájem se dále vzdělávat. K vyhodnocení výzkumného předpokladu byly stanoveny otázky číslo 19, 20, 21, 22, 23 a 24.

Z vyhodnocených výsledků vyplynulo, že pouhá menšina respondentů se o studium a četbu odborné literatury zabývající se paliativní péčí nezajímá, nezúčastňuje se odborných seminářů, kurzů, nezajímá se o zdravotnické noviny a časopisy a nakonec nepoužívá k získávání nových poznatků ani internet. Z výše uvedených výsledků je patrné, že respondenti se zajímají o prohlubování svých znalostí v oblasti paliativní péče.

Výsledek výzkumu je v souladu s výzkumným předpokladem č. 3.

10. Návrh na řešení zjištěných problémů

Na základě provedeného výzkumu byly zjištěny některé nedostatky, které mají zdravotní sestry ve svých vědomostech a dovednostech. Výsledky výzkumu, zda mají zdravotní sestry ambice se dále vzdělávat, dopadly naprosto uspokojivě. Nedostatky projevíly zdravotní sestry ve 2 otázkách zaměřených na vědomosti a 1 otázce zaměřené na dovednosti. Na otázku, co by měly zdravotní sestry podat K/P před manuálním vybavováním stolice, odpovídaly zdravotní sestry nejednotně, stejně tak v otázce týkající se nejčastější příčiny terminálního chrčivého dýchání. Zajímalo mě, zda sledují K/P psychický stav a zaznamenávají ho do dokumentace. Stále v hospicích pracují

některé zdravotní sestry, které sice psychický stav K/P sledují a zaznamenávají, ale ne pravidelně, jen občas, a některé psychický stav sledují, ale do dokumentace ho nezaznamenávají, a tím následně vážne předávání informací mezi zdravotníky.

Opatření, která by mohla vést ke zlepšení zjištěných nedostatků:

- Zdravotní sestry by měly věnovat více času pravidelnému hodnocení psychického stavu K/P a zaznamenávat ho do dokumentace. Pravidelným zaznamenáváním bude zajištěn přenos informací o K/P psychickém stavu mezi všemi zdravotníky.
- Ke zlepšení vědomostí zdravotních sester bych doporučila častější pořádání seminářů, kurzů, které by se zabývaly nejčastějšími nepříjemnými symptomy onkologicky nemocného K/P. Měly by být zdravotním sestrám nastíněny jejich příčiny, farmakoterapie a hlavně ošetrovatelské intervence.
- V každém hospici by měly mít zdravotní sestry dostupné ošetrovatelské standardy paliativní péče, kam by mohly v případě jakýchkoliv nejasností nahlédnout a poskytovat tak kvalitní paliativní péči.
- Vytvoření letáků, které by nastiňovaly nejdůležitější kroky ošetrovatelských intervencí u jednotlivých výkonů – např. ošetrovatelské intervence před manuálním vybavováním stolice.

11. Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu paliativní péče v lůžkových hospicích. Jejím cílem bylo analyzovat vědomosti, dovednosti a také ambice zdravotních sester vzdělávat se.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala tématy paliativní péče, hospicové péče, jejich kvalitou a také vzděláváním v paliativní péči. V empirické části bakalářské práce jsem analyzovala zjištěné výsledky, které jsem získala pomocí dotazníků. Celkem jsem mohla analýzu výsledků provést od 70 respondentů pracujících v 7 českých hospicích. Výsledky jsem zanesla do tabulek a grafů a následně potvrdila všechny mé výzkumné předpoklady:

- domnívám se, že 60 % zdravotních sester odpoví správně alespoň na 70 % otázek týkajících se teoretických znalostí v oblasti paliativní péče,
- očekávám, že 70 % zdravotních sester má dobré dovednosti v oblasti paliativní péče,
- předpokládám, že 50 % zdravotních sester se zúčastňuje odborných seminářů, čte odbornou literaturu a má zájem se dále vzdělávat.

Dle zjištěných výsledků mají zdravotní sestry dobré vědomosti v oblasti paliativní péče. Jediné dva nedostatky se projeví v problematice manuálního vybavování stolice a příčiny terminálního chrčivého dýchání. Dovednosti zdravotních sester shledávám jako dobré. Zdravotní sestry jsou schopny pravidelně sledovat bolest K/P pomocí dostupných prostředků, mluvit s ním na citlivé téma, uspokojovat jeho spirituální potřeby ať už osobně či zprostředkovaně, vyčlenit si čas na osobní rozhovor. Sledování a zaznamenávání K/P psychického vývoje je jediným malým nedostatkem, které některé zdravotní sestry projevily. Výsledky týkající se ambicí zdravotních sester vzdělávat se jsou uspokojivé. Zdravotní sestry čtou odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče, účastní se seminářů a kurzů, zajímají se o odborné časopisy a noviny a některé z nich se i aktivně účastní seminářů, kurzů, a tím předávají své zkušenosti v dané problematice dál.

Z výše uvedených výsledků výzkumného šetření lze říci, že i když zdravotní sestry projevily některé nedostatky ve svých vědomostech a dovednostech, poskytovaná péče v lůžkových hospicích je kvalitní. Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit jako podklad vrchním sestrám k doplnění ošetrovatelských standardů o některé nedostatky, které zdravotní sestry při výzkumu projevily. Dále mohou sloužit jako podklad při podrobnějším zkoumání dané problematiky při mém dalším studiu.

Soupis bibliografických citací

1. BLÁHOVÁ, Hana, HOFFMANNOVÁ, Petra, PTÁČKOVÁ, Blanka. Základy ošetrovatelské péče 5. díl. TUL, 2008.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Druhé přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. 244 stran.
ISBN 978 – 80 – 7262 – 471 - 3
3. JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009. 294 stran. ISBN 978 – 80 – 7367 – 592 – 9
4. Joint Commissio International. Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 stran. ISBN 80 – 247 - 1001 – 3
5. KALVACH, Zdeněk, SLÁMA, Ondřej. Vzdělávání v paliativní péči (Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů). Praha: Cesta domů, 2004. 34 stran.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Bolest – její diagnostika a psychoterapie. Vydání 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 66 stran.
ISBN 80 – 7013 – 130 - 6
7. MADAR, Jiří a kolektiv. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnice a spokojenosti pacientů. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 stran. ISBN 802 - 47 – 058 – 50
8. MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 stran. ISBN 80 – 247 – 1399 - 3
9. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 stran. ISBN 978 – 80 – 247 – 3171 – 1
10. MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada Publishing, 2005. 108 stran. ISBN 80 - 247- 1025 – 0
11. O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 stran. ISBN 80 – 247 – 1295 - 4
12. O organizaci paliativní péče. Doporučení REC (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Praha: Cesta domů, 2004. 50 stran.
13. PAYNE, Jan a kolektiv. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. 630 stran.
ISBN 80 – 7254 - 657 - 0
14. PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGETONOVÁ, Christine. Principy a praxe paliativní péče. Brno 2007. ISBN 978 – 80 – 87029 – 25 – 1

15. SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří, MISCONIOVÁ, Blanka. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. 16 stran.
ISBN 80 – 86998 – 03 – 7
16. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007. 362 stran. ISBN 978 – 80 – 7262 – 505 - 5
17. SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán. Koncepce paliativní péče v ČR (Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi). Praha: Cesta domů, 2004. 48 stran.
ISBN 80 – 239 – 4330 – 8
18. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče.
Etický kodex. Charta práv pacientů. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. 1. vydání. Brno: ID VPZ, 1998. 47stran. ISBN 80 – 7013 – 270 - 1
19. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo, 1998. 148 stran. ISBN 80 – 902049 – 1 – 0
20. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. Kreativní ošetrovatelský management.
Praha: Advent – Orion, 2003. 485 stran. ISBN 80 – 7172 – 841 - 1
21. ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán. Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče. Praha: Cesta domů, 2004. 40 stran.
ISBN 80 – 239 – 4329 – 4
22. VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. Kvalita života. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 stran. ISBN 80 - 210 – 3754 - 7
23. VIRTH, Günter. Žít až do konce. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 stran.
ISBN 80 – 7021 – 330 – 2
24. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 stran. ISBN 80 – 247 – 1716 – 6
25. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 stran. ISBN 80 – 7169 – 437 - 1

Zdroje z pořádaných odborných konferencí

26. Odborná konference APHPP - „Sestři nebojte se, já přeci vím, že umírám“,
22. 10. 2011, Komunitní centrum Matky Terezy, Praha 4

Elektronické zdroje

27. Hospic Štrasburk o.s. [online] Dostupné z www: http://www.1ph.cz/?page_id=104
[cit. 2012-3-19]

Seznam tabulek

- Tab. 1 Rozdělení respondentů dle hospice, kde pracují
- Tab. 2 Rozdělení respondentů dle délky praxe v hospici
- Tab. 3 Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání
- Tab. 4 Pojem „paliativní péče“
- Tab. 5 Péče, kterou hospic poskytuje
- Tab. 6 Nežádoucí účinky opiátových analgetik
- Tab. 7 Pojem „celková bolest“
- Tab. 8 Vyhodnocování bolesti K/P
- Tab. 9 Prostředky k vyhodnocování bolesti K/P
- Tab. 10 Místo aplikace transdermálních opioidů
- Tab. 11 Manuální vybavování stolice
- Tab. 12 Příčina terminálního chrčivého dýchání
- Tab. 13 Prostředky k vyhodnocování potřeb K/P
- Tab. 14 Způsoby uspokojování spirituálních potřeb K/P
- Tab. 15 Rozhovor s K/P o umírání, smrti
- Tab. 16 Potíže při rozhovoru s K/P o umírání, smrti
- Tab. 17 Sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P
- Tab. 18 Schopnost vyhradit si čas na rozhovor s K/P
- Tab. 19 Studium, četba odborné literatury
- Tab. 20 Podpora zaměstnavatele v oblasti vzdělávání a sebevzdělávání
- Tab. 21 Účast na semináři, kurzu o paliativní péči
- Tab. 22 Odběr zdravotnických časopisů, novin
- Tab. 23 Získávání nových poznatků pomocí internetu
- Tab. 24 Přednášení na semináři, kurzu o paliativní péči
- Tab. 25 Rozdělení respondentů jednotlivých hospiců dle dosaženého vzdělání
- Tab. 26 Manuální vybavování stolice – komparace výsledků
- Tab. 27 Příčina terminálního chrčivého dýchání – komparace výsledků
- Tab. 28 Sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P – komparace výsledků
- Tab. 29 Studium, četba odborné literatury – komparace výsledků
- Tab. 30 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 1

Seznam obrázků

- Obr. 1 Graf délky praxe v hospici
- Obr. 2 Graf dosaženého vzdělání
- Obr. 3 Graf pojmu „paliativní péče“
- Obr. 4 Graf péče, kterou hospic poskytuje
- Obr. 5 Graf nežádoucích účinků opiátových analgetik
- Obr. 6 Graf pojmu „celková bolest“
- Obr. 7 Graf vyhodnocování bolesti K/P
- Obr. 8 Graf prostředků k vyhodnocování bolesti K/P
- Obr. 9 Graf místa aplikace transdermálních opioidů
- Obr. 10 Graf manuálního vybavování stolice
- Obr. 11 Graf příčiny terminálního chrčivého dýchání
- Obr. 12 Graf prostředků k vyhodnocování potřeb K/P
- Obr. 13 Graf způsobů uspokojování spirituálních potřeb K/P
- Obr. 14 Graf četnosti rozhovoru s K/P na téma umírání, smrti
- Obr. 15 Graf potíží při rozhovoru s K/P o smrti, umírání
- Obr. 16 Graf sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P
- Obr. 17 Graf schopnosti vyhradit si čas na rozhovor s K/P
- Obr. 18 Graf o studiu, četbě odborné literatury
- Obr. 19 Graf podpory zaměstnavatele v oblasti vzdělávání a sebevzdělávání
- Obr. 20 Graf účasti na semináři, kurzu o paliativní péči
- Obr. 21 Graf odběru odborných zdravotnických časopisů, novin
- Obr. 22 Graf získávání nových poznatků pomocí internetu
- Obr. 23 Graf přednášení na semináři, kurzu o paliativní péči
- Obr. 24 Graf dosaženého vzdělání – komparace výsledků
- Obr. 25 Graf manuálního vybavování stolice – komparace výsledků
- Obr. 26 Graf příčiny terminálního chrčivého dýchání – komparace výsledků
- Obr. 27 Graf sledování a zaznamenávání vývoje psychického stavu K/P – komparace výsledků
- Obr. 28 Graf studia, četby odborné literatury – komparace výsledků

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Žádost o přijetí K/P do hospice Štrasburk v Praze Bohnicích
- Příloha č. 2 Informovaný souhlas K/P (opatrovníka/osoby blízké) s péčí v hospici
Štrasburk v Praze Bohnicích
- Příloha č. 3 Potvrzení o účasti na odborné konferenci
- Příloha č. 4 Program odborné konference
- Příloha č. 5 Vizualní analogová škála bolesti, numerická škála bolesti
- Příloha č. 6 Brief Pain Inventory (česká verze)
- Příloha č. 7 Mapa bolesti
- Příloha č. 8 Modelová kazuistika
- Příloha č. 9 Dotazník
- Příloha č. 10 Protokoly k provádění výzkumu

Žádost o přijetí K/P do hospice Štrasburk v Praze Bohnicích



občanské sdružení
IOSPIC ŠTRASBURK

Bohnická 12/57, 181 00 Praha 8 - Bohnice

Žádost o přijetí pacienta

k pobytu na hospicovém lůžku

1. Titul, jméno a příjmení pacienta:

.....

Rodné příjmení: Stav:

Zdrav. pojišťovna:.....

Datum narození: Rodné číslo.....

Adresa trvalého bydliště: (ulice, č.p., město, PSČ)

.....

..... Tel.:

Místo současného pobytu: (je-li odlišná od trvalého bydl.)

.....

.....

2. Diagnózy: (hlavní a vedlejší - uveďte priority dle závažnosti příznaků) **Přiložte propouštěcí zprávu!!!**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

...

3. Terapie: (uveďte přesně, včetně dávkování léků)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 4. Pohyblivost:** ☐ bez hrubších poruch ☐ dojde na WC ☐ chůze po pokoji ☐
používá hole ☐ používá chodítko ☐ invalidní vozík ☐ upoután na lůžko

Pacient nejeví známky infekčního onemocnění, není léčen psychiatricky, nejsou přítomny významné poruchy komunikace s okolím.

5. Odesílající lékař: Jm., příjm.: Tel:
Adresa pracoviště: Tel:

6. Praktický lékař: Jm., příjm.: Tel:
Adresa pracoviště: Tel:

7. Nejblíže osoba pacienta: *(příbuzná nebo jiná osoba, kterou si určil pacient a které budou poskytovány informace)*

Jm., příjm.: Vztah:

Adresa:

Tel.: e-mail:

.....

.....

.....

8. Pacient je příjemcem PŘÍSPĚVKU NA PÉČI ANO / NE ve výši Kč
(od)

O příspěvek na péči požádáno dne:

9. Svobodný informovaný souhlas pacienta s přijetím k pobytu na hospicovém lůžku je přiložen.

.....
Podpis žadatele

.....
Podpis osoby blízké

.....
Razítko a podpis lékaře

Hospic Štrasburk, o.s., www.hospicstrasburk.cz, hospic.strasburk@cmail.cz, IČO: 61383457, č. bank.úctu: 19 – 560 133 02 27/0100

Hospic Štrasburk Bohnice, Praha 8, Bohnická 12/57
recepce tel. 283 105 511, recepce fax 283 105 577

Hospic Štrasburk Malovická, Praha 4, Malovická 2
recepce tel 272 191 051, recepce fax 271750093

Zdroj: Hospic Štrasburk o.s. [online] Dostupné z [www:
http://www.1ph.cz/?page_id=104](http://www.1ph.cz/?page_id=104) [cit. 2012-3-19]

**Informovaný souhlas K/P (opatrovníka/osoby blízké) s péčí v hospici Štrasburk
v Praze Bohnicích**

občanské sdružení
HOSPIC ŠTRASBURK
Bohnická 12/57, 181 00 Praha 8 - Bohnice

Hospic Bohnická, Praha 8

Informovaný Souhlas
pacienta (opatrovníka/osoby blízké) s péčí v hospici

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřovaný/mu (opatrovníka/osoby blízké) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika hospitalizace v hospici a principy paliativní péče a jejího poskytování.

Jméno

lékaře:.....

den, měsíc, rok Podpis:

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto plné vysvětlení a seznámení s účelem, povahou, předpokládaným prospěchem, následky i možnými riziky hospitalizace v hospici; v tomto ohledu vědomě potvrzuji, že si nepřeji kardiopulmonální resuscitaci; byl/a jsem rovněž plně informován/a o principech paliativní péče a jejího poskytování. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět a čemu jsem nerozuměl/a. Na ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Byl jsem informován o nutnosti hradit smluvní finanční spoluúčast (denní taxu) spojenou s pobytem v hospici ve výši 500,- Kč denně. Jde o platbu za nadstandardní vybavení jednolůžkového pokoje. Tato platba je bude prováděna klientem (pacientem) nebo jeho příbuzným či opatrovníkem, zálohově předem v hotovosti/složenkou/převodem na účet hospicu; jako variabilní symbol platby bude uváděno rodné číslo klienta/pacienta. Ubytování a případně i stravování osob blízkých hradí tyto osoby průběžně hotově (nebo způsobem dle dohody) podle ceníku. Je-li klient/pacient příjemcem příspěvku na péči (PnP), náleží tento v souladu s ust. § 7 odst. 2 z. č. 206/2009 Sb. od počátku pobytu hospici.

Souhlasím se svým umístěním v Hospici Bohnická v Praze 8.

Dále si přeji, aby o mém zdravotním stavu byly informovány následující osoby:

.....

Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (opatrovníka/osoby blízké)

den, měsíc, rok

Podpis:

Jméno osoby blízké:.....

Rodné číslo:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Jméno opatrovníka:

Rodné číslo:.....

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (opatrovníka/osoby blízké) a druhý informující lékař. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.

Hospic Štrasburk, občanské sdružení, Praha 8, Bohnická 12, IČO: 61383457, Bank. spojení - č.ú.: 19 – 560 133 0227 / 0100

Zdroj: Hospic Štrasburk o.s. [online] Dostupné z [www: http://www.1ph.cz/?page_id=104](http://www.1ph.cz/?page_id=104) [cit. 2012-3-19]

Potvrzení o účasti na odborné konferenci

Odborná konference Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

**„SESTŘI, NEBOJTE SE,
JÁ PŘECI VÍM, ŽE UMÍRÁM“**
HOSPICOVÝ POHLED NA SVĚT
A JEHO PŘÍNOS(NEJEN) PRO DOMÁCÍ PÉČI

Komunitní centrum Matky Terezy v Praze dne 22 října 2011

POTVRZENÍ O ÚČASTI

Jitka Kadeřábková nar. 03.03.1990

Registrovaná akce pod číslem: ČAS/KK/2766/2011.
Podle vyhlášky MZČR č.4/2010 Sb. Počet hodin akce : 6,5 hodiny

Účast (zaškrtněte): ☐ aktivní účast autor Počet kreditů:
☐ aktivní účast spoluautor Počet kreditů:
☒ pasivní účast Počet kreditů: 4

Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) zaškrtněte:

<input checked="" type="checkbox"/> Všeobecná sestra	<input type="checkbox"/> Zubní technik
<input checked="" type="checkbox"/> Porodní asistentka	<input type="checkbox"/> Dentální hygienista
<input type="checkbox"/> Zdravotní laborant	<input type="checkbox"/> Zdravotnický záchranář
<input type="checkbox"/> Asistent ochrany veřejného zdraví	<input type="checkbox"/> Farmaceutický asistent
<input checked="" type="checkbox"/> Nutriční terapeut	<input checked="" type="checkbox"/> Zdravotně sociální pracovník
<input type="checkbox"/> Ortoptista	

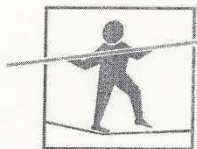
V Praze dne 22.10.2011

Mgr. Jarmila Neumannová


ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ
PALIATIVNÍ PÉČE o.s.
U Modré školy 1/2337, 149 00 Praha 4
IČ: 27092659

Zdroj: Odborná konference APHPP - „Sestři, nebojte se, já přeci vím, že umírám“, 22. 10. 2011, Komunitní centrum Matky Terezy, Praha 4

Program odborné konference



**ASOCIACE
POSKYTOVATELŮ
HOSPICOVÉ
PALIATIVNÍ PÉČE**



**ČESKÁ ASOCIACE SESTER
ČAS**
WWW.CNNA.CZ

5. ODBORNÁ KONFERENCE APHPP

**„SESTŘI, NEBOJTE SE, JÁ PŘECE VÍM, ŽE UMÍRÁM!“
hospicový pohled na svět a jeho přínos (nejen) pro domácí péči**

Sobota 22. října 2011, Komunitní centrum Matky Terezy, Praha 4

PROGRAM:
10.00 – 10.50 hod.:

- Úvodní slovo prezidentky APHPP **MUDr. Marie Svatošové**
- Role odborných společností nelékařů v paliativní péči
Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, prezidentka České asociace sester
- Hospice a „hospice“
PhDr. Robert Huneš, viceprezident APHPP, ředitel Hospice sv. J. N. Neumanna
- O štěstí v umírání, prezentace knihy
Jan Paul, autor

10.50 – 11.05 přestávka


11.05 – 12.35:

- Mezinárodní studijní plán paliativní péče pro zdravotní sestry pracující s pacienty v konečné fázi života
Blok prezentací českých hospicových sester vyškolených v rámci kurzu ELNEC (End of Life Nursing Education Curriculum) USA

12.35 – 13.30 přestávka

13.30 – 15.30

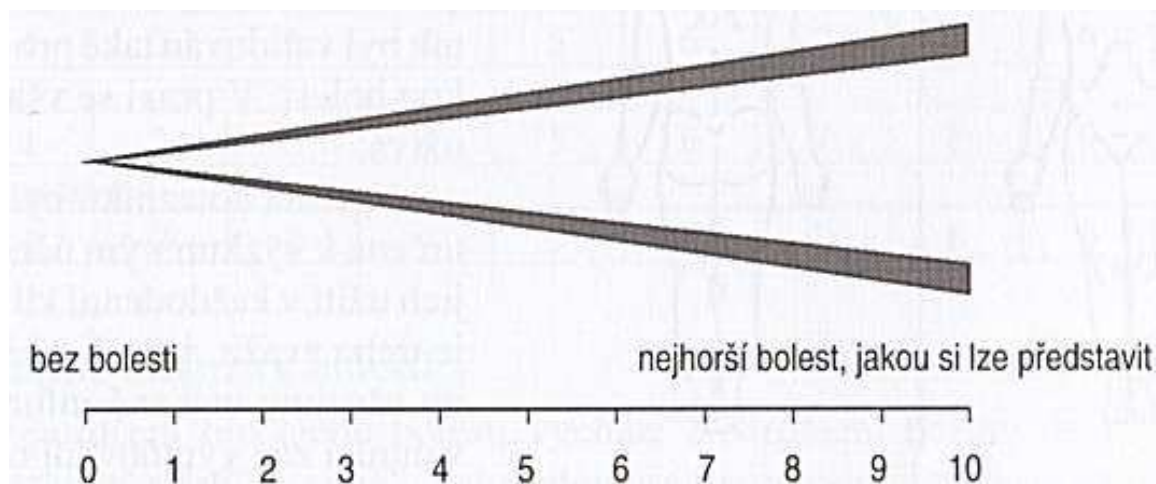
- Systém paliativní péče v Belgii – v zemi, kde je schválená eutanazie...
**PhDr. Marie Zvoníčková, odborná asistentka
Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK v Praze**
- Kurz Paliativní péče pro všeobecné sestry
Mgr. Jiřina Šenovská, autorka kurzu, SZŠ a VOŠZ Zlín
- Víme si rady s duchovními potřebami pacientů?
MUDr. Marie Svatošová, prezidentka APHPP
- Péče o terminálně nemocné v Bavorsku
MUDr. Roman Votrubec, praktický lékař, Spolková republika Německo



ič: 27002659, dič: cz27002659, číslo účtu: 198481152 / 0300

Zdroj: Odborná konference APHPP - „Sestři, nebojte se, já přeci vím, že umírám“, 22. 10. 2011, Komunitní centrum Matky Terezy, Praha 4

Vizuální analogová škála bolesti (nahore), numerická škála bolesti (dole)



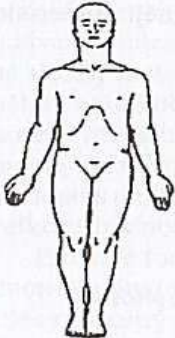
Zdroj: VORLÍČEK, Jiří., ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing 2006. Str. 133.

ISBN 80 - 247 - 1716 - 6.

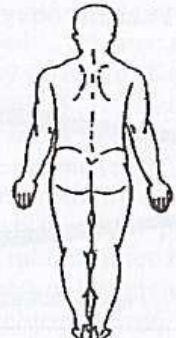
Příloha č. 6

Brief Pain Inventory (česká verze)

vpravo vlevo



vlevo vpravo

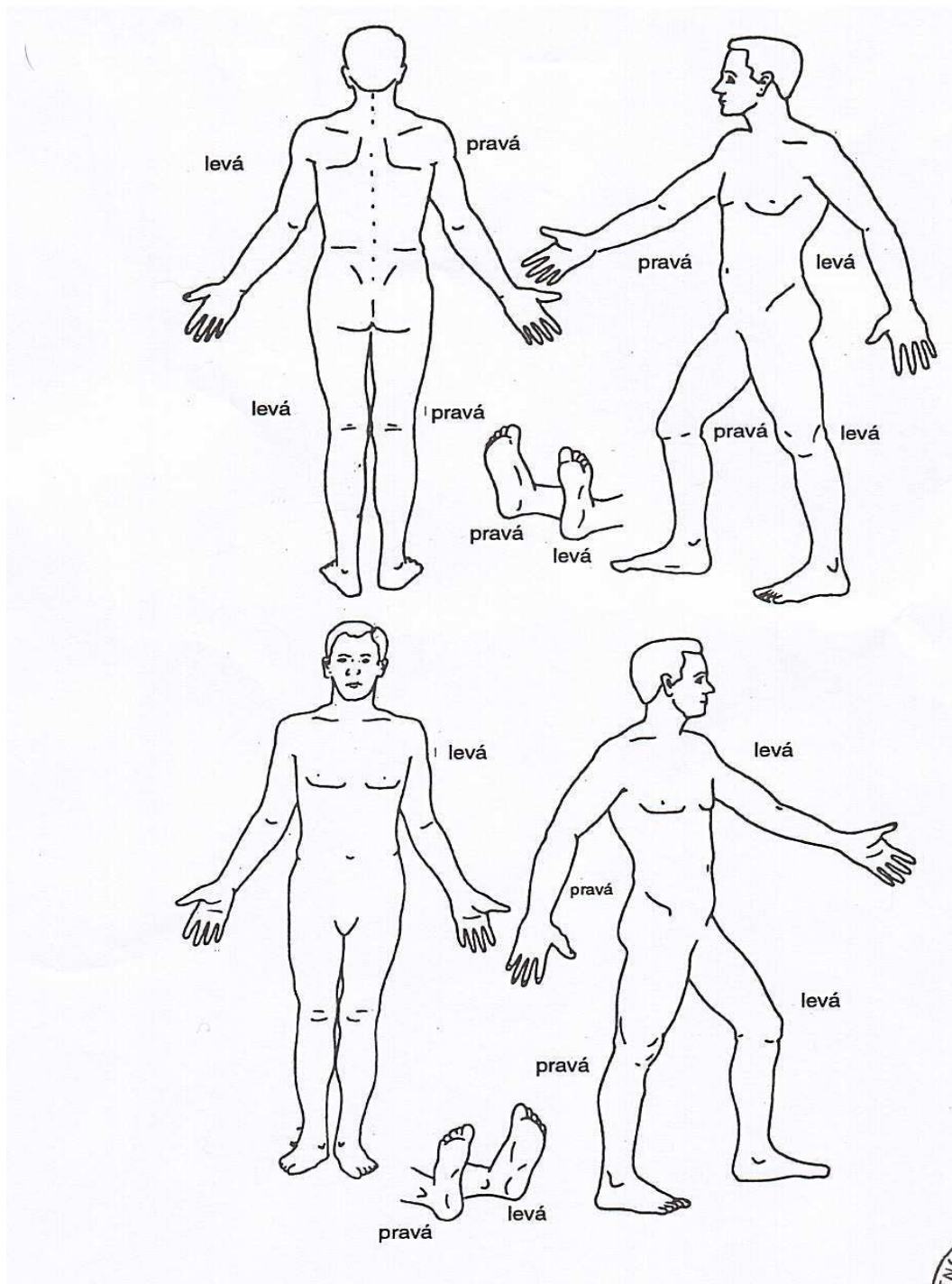


1. Po celý život většinu z nás čas od času něco zabolí (hlava, výron kotníku, zub). Cítil(a) jste dnes jinou než takovouto všední bolest?										
Ano 1					Ne 2					
2. Na obrázku vybarvěte místa, která Vás bolí. Nejbolestivější místo označte „X“.										
3. Ohodnoťte svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší NEJHORŠÍ bolesti za posledních 24 hodin.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Ohodnoťte svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší NEJMENŠÍ bolesti za posledních 24 hodin.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Ohodnoťte svou bolest zakroužkováním čísla, které odpovídá Vaší PRŮMĚRNÉ bolesti za posledních 24 hodin.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Ohodnoťte svou bolest zakroužkováním čísla, které vypovídá, jakou bolest máte PŘÁVĚ TEĎ.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Jaké užíváte léky proti bolesti či jakou léčbu jste podstoupil(a)?										
8. Jak velkou úlevu Vám přinesla léčba nebo léky proti bolesti v posledních 24 hodinách?										
9. Označte %, které nejlépe vypovídá o tom, jak moc léky nebo léčba ulevila.										
0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10. Označte číslo, které popisuje, jak během posledních 24 hodin bolest ovlivnila Vaši										
a) celkovou aktivitu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) náladu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) schopnost chodit										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) běžnou práci (doma i mimo domov)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) vztahy s jinými lidmi										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) spánek										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) radost ze života										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zdroj: VORLÍČEK, Jiří., ABRAHAMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing 2006. Str. 134 - 135.

ISBN 80 - 247 - 1716 - 6

Mapa bolesti



Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Bolest – její diagnostika a psychoterapie. Vydání 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. Str. 17.

ISBN 80-7013-130-6

Modelová kazuistika

Paní J. K., narozena 3.3. 1962, byla přijata do hospice X 1.1. 2012 s dg. karcinom děložního čípku a metastázami v tříselných uzlinách, páteři a mozku na základě doporučení ošetřujícího lékaře.

Paní J. K. žije s manželem a 11 - ti letým synem a plnoletou dcerou v rodinném domě na Praze 4. Rodinu finančně zajišťuje manžel a plnoletá dcera. Manžel s dětmi již nezvládal péči o svoji nemocnou manželku, a proto se obrátil po domluvě s manželkou na praktického lékaře paní J. K.. Celá rodina je paní J. K. velikou oporou, chápe její pocity a snaží se být co nejvíce nápomocna.

Fyzický stav:

- Váha – 60 kg
- Výška – 174 cm
- BMI – 19,81
- TK – 130/90
- P - 68
- D - 16

Paní J. K. si stěžuje na výraznou bolest v tříslech, zádech, na bolesti hlavy a také výraznou únavu. Bolest hodnotí dle numerické škály bolesti číslicí 6. Doposud byla léčba bolesti zajišťována pomocí transdermálních náplastí Durogesic s 50 µg fentanylu. Paní J. K. má zhoršenou pohyblivost. Má problémy se vstáváním, chůzí, dojít si na toaletu, zabezpečit si jídlo a hygienu. Chuť k jídlu hodnotí jako normální a denní příjem tekutin je v normě. Po prodělané chemoterapii má paní J. K. alopecii, kterou nese těžce. Po krátkém pozorování a rozhovoru s paní J. K. jsem stanovila fázi psychického vývoje dle E. K. Rossové jako „hněv“. Paní J. K. nikdy nebyla věřící, teď ovšem vyjadřuje hněv směrem k Bohu.

PLÁN PÉČE			
Jméno: J.	Příjmení: K.	Věk: 3.3.1962	Pohlaví: žena
<i>Aktuální ošetřovatelská diagnóza</i>	<i>Cíle</i>	<i>Intervence</i>	
chronická bolest - 00133	<u>cíl:</u> snížení bolesti	pravidelné podávání opiátů dle ordinace lékaře	
		pravidelné monitorování a zaznamenávání bolesti do dokumentace	
	<u>kritéria:</u> VAS alespoň 3	sledování neverbálních projevů K/P	
		v případě neustupující bolesti informovat lékaře	
duchovní nouze – 00066	<u>cíl:</u> K/P bude klidná, smířená, schopná obrátit se k Bohu, bude – li to její přání	monitorování a zaznamenávání průlomových bolestí	
	<u>kritéria:</u> přistoupí na schůzku s knězem, pastoračním asistentem	rozhovor s K/P o jejích obavách	
strach – 00148	<u>cíl:</u> K/P nebude mít strach	zprostředkování rozhovoru s knězem, pastoračním asistentem	
	<u>kritéria:</u> K/P bude klidná, smířená přibližující se smrti	rozhovor s K/P o příčině jejího strachu	
zhoršená pohyblivost – 00085	<u>cíl:</u> zachování dosavadní pohyblivosti	pravidelné sledování projevů strachu	
	<u>kritéria:</u> K/P dojde s dopomocí na toaletu	dopomoc K/P při posazování, vstávání z lůžka	
únava – 00093	<u>cíl:</u> K/P se bude cítit méně unavená	dopomoc K/P při pohybu, doprovod na toaletu, do koupelny	
	<u>kritéria:</u> neprojevuje výrazné známky únavy	zajištění prostředí K/P k odpočinku	
deficit sebepéče:	<u>cíl:</u> K/P bude co nejsoběstačnější v oblékání, při hygieně, jídle a vyprazdňování	pravidelné sledování únavy K/P	
→ při oblékání a úpravě zevnějšku – 00109		dopomoc K/P při oblékání, obouvání, vyprazdňování, jídle a hygieně	
→ při koupání a hygieně – 00108		motivace K/P, aby se snažila být co nejsoběstačnější	
		uspořádání prostředí kolem K/P tak, aby potřebné věci byly v jejím	

→ při jídle - 00102	<u>kritéria</u> : zdravotnický personál K/P při těchto činnostech jen dopomáhá	dosahu
→ při vyprazdňování - 00110		podávání opiátů dle ordinace lékaře
porušený obraz těla – 0018	<u>cíl</u> : K/P je smířená s alopecií	rozhovor s K/P o jejich pocitech, rozhořčení nad ztrátou vlasů, strachu z reakcí okolí
	<u>kritéria</u> : neprojevuje známky roztrpčení nad ztrátou vlasů	dopomoc K/P při nasazování šátků, paruky
		dopomoc K/P při úpravě svého zevnějšku, aby se cítila dobře

Potenciální ošetřovatelská diagnóza	Cíle	Intervence
riziko pádu - 00155	<u>cíl</u> : K/P bez pádu	dopomoc K/P při chůzi, oblékání, hygieně, vyprazdňování, jídle
	<u>kritéria</u> : bez úrazu	bude – li to nutné, opatřit lůžko zábranami
		úprava prostředí, aby nedošlo k pádu – odstranění bariér, dostatečné osvětlení místnosti
riziko zácpy - 00015	<u>cíl</u> : K/P nebude trpět zácpou	motivace K/P k dodržování pitného režimu
		sledování vyprazdňování stolice a zaznamenávání do dokumentace
	<u>kritéria</u> : vyprazdňování stolice alespoň 1x/2 dny	dopomoc K/P při pohybu dle jejích možností v případě zácpy pravidelné podávání naordinované medikace
riziko deficitu tělesných tekutin – 00028	<u>cíl</u> : K/P nebude dehydratována	dopomoc K/P při pití
		pravidelné dolévání skleničky na pití
	<u>kritéria</u> : 1,5 – 2 l tekutin/den	motivace K/P k dodržování pitného režimu v případě nedostatečného pitného režimu informovat lékaře

Dotazník



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
461 17 Liberec 1, Studentská 2
Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

Dobrý den,

jmenuji se **Jitka Kadeřábková** a jsem studentkou 3. ročníku oboru **všeobecná sestra** na **TUL - Ústav zdravotnických studií**. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění anonymního dotazníku, který mi bude nápomocen při zpracování mé bakalářské práce na téma „**Kvalita paliativní péče v lůžkových hospicích.**“. Předem Vám děkuji za jeho vyplnění.

Vámi zvolenou odpověď prosím zaškrtněte do čtverce s možností jedné správné varianty. Jsou – li otázky s volnou odpovědí, prosím dopište ji na vytečkovanou linku.

1) V jakém hospici pracujete?

.....

2) Jak dlouho pracujete v hospici?

- ☐ méně než 6 let
- ☐ 6 – 10 let
- ☐ 11 a více let

3) Vaše dosažené vzdělání:

- ☐ střední odborné vzdělání s maturitou
- ☐ vyšší odborné vzdělání
- ☐ vysokoškolské vzdělání – Bc.
- ☐ vysokoškolské vzdělání – Mgr.

4) Která z těchto možností nejlépe vystihuje pojem „paliativní péče“?

- ☐ Paliativní péče je péče poskytovaná pacientovi/klientovi v terminálním stádiu.
- ☐ Paliativní péče je péče poskytovaná v hospicích.
- ☐ Paliativní péče je péče poskytovaná pacientovi/klientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Jejím cílem je zmírnit pacientovu/klientovu bolest, další nepříjemné symptomy, chránit jeho důstojnost atd.

5) Hospice poskytují:

- ☐ obecnou paliativní péči (Dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova/ klientova života.)
- ☐ specializovanou paliativní péči (Aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům/klientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi).
- ☐ žádná z možností není správná

6) Jaké jsou nežádoucí účinky opiátových analgetik?

- ☐ zácpa, zvracení, nauzea, ospalost, zmatenost, delirium, útlum dechového centra
- ☐ alergická reakce
- ☐ žádné nežádoucí účinky nemají

7) Pojem „celková bolest“ znamená:

- ☐ bolest je spjata s psychickou, sociální a duchovní oblastí (bolest tlumíme jako celek)
- ☐ bolest celého těla
- ☐ pojem „celková bolest“ neexistuje

8) Jak často vyhodnocujete bolest u pacienta/klienta?

- ☐ pravidelně
- ☐ občas
- ☐ bolest nevyhodnocuji

9) Jaké prostředky využíváte k vyhodnocování bolesti u pacienta/klienta? (můžete označit i více variant)

- ☐ verbální škály bolesti
- ☐ vizuální analogové škály
- ☐ numerické škály bolesti
- ☐ dotazníky bolesti (BPI, McGillův dotazník bolesti)
- ☐ jiné prostředky :
- ☐ nevyužívám žádné prostředky

10) Transdermální opioidy se aplikují na:

- ☐ horní polovinu těla
- ☐ dolní polovinu těla
- ☐ jakoukoliv část těla

11) Před plánovaným manuálním vybavováním stolice z důvodu zácpy je důležité, aby sestra podala:

- ☐ naordinovanou analgosedaci
- ☐ dostatek tekutin
- ☐ nic se nepodává, není to zapotřebí

12) Nejčastější příčinou terminálního chrčivého dýchání je:

- ☐ dušnost
- ☐ parenterální hydratace
- ☐ příčina není dosud známa

13) Které prostředky využíváte v praxi k vyhodnocování potřeb pacienta/klienta nejvíce?

- ☐ rozhovor s pacientem
- ☐ rozhovor s příbuznými, nejbližšími
- ☐ pozorování
- ☐ studium předchozí dokumentace
- ☐ hodnotící a měřicí škály
- ☐ fyzikální vyšetření
- ☐ nevyužívám žádné prostředky

14) Jakým způsobem uspokojujete pacientovi/klientovi spirituální potřeby?

(můžete označit i více variant)

- ☐ osobně
 - ☐ rozhovor
 - ☐ trávení času s pacientem/klientem dle jeho přání
- ☐ zprostředkovaně:
- ☐ o spirituální potřeby pacienta/klienta se nezajímám

15) Mluvíte s pacientem/klientem o umírání, smrti v případě jeho přání ?

- ☐ ano, často
- ☐ ano, občas
- ☐ raději se tomuto tématu vyhýbám
- ☐ nikdy

16) Činí Vám potíže mluvit s pacientem/klientem o smrti, umírání?

- ☐ ano, činí mi to potíže
- ☐ ne, nečiní mi to potíže
- ☐ záleží na okolnostech

17) Sledujete a zaznamenáváte vývoj pacientova/klientova psychického stavu? (1.

Fáze popření a izolace, 2. fáze agrese, zlosti, 3. fáze smlouvání, 4. fáze deprese, 5. fáze akceptace.)

- ☐ ano, pravidelně
- ☐ ano, občas
- ☐ sleduji, ale nezaznamenávám
- ☐ ne

18) Zvládáte ve své pracovní době vyhradit si čas na osobní rozhovor s pacientem/klientem?

- ☐ ano, často
- ☐ ano, občas
- ☐ málokdy
- ☐ ne

19) Studujete, čtete odbornou literaturu zabývající se problematikou paliativní péče?

- ☐ ano, pravidelně
- ☐ jen občas
- ☐ nezabývám se tím

20) Podporuje Vás zaměstnavatel v oblasti vzdělávání a sebevzdělávání (navštěvování seminářů, kurzů)?

- ☐ ano
 - jakým způsobem:.....
- ☐ ne

21) Zúčastnila jste se v poslední době (2010/2011) semináře, kurzu zabývající se paliativní péčí?

- ☐ ano
- ☐ ne

22) Odebíráte odborné zdravotnické časopisy, noviny?

- ☐ odebírám je osobně
- ☐ odebírá je můj zaměstnavatel, a mám možnost do nich nahlédnout
- ☐ půjčuji si je v knihovně
- ☐ nezajímám se o ně

23) Používáte k získávání nových poznatků internet?

- ☐ ano
- ☐ ne

24) Přednášela jste někdy na semináři, kurzu zabývající se paliativní péčí?

- ☐ ano
- ☐ ne

Protokoly k provádění výzkumu



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JIŘKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	209000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH HOSPICÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	HOSPIC CITADELA VALAŠSKÉ MEZIRÍČÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marka Blažová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marka Blažová hlavní sestra	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím 94 podpis 203 000 Bc. Matoušková Naděžda Zerotínova 112, 757 01 Val. Meziříčí tel.: 571 629 014, mobil 607 851 967 podpis Bc. Matoušková Naděžda	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Bc. Matoušková Naděžda	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	29.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	12	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 1.12.2011 Podpis studenta: Kaderábková Jiřka



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JITKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	209000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH HOSPICÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	HOSPIC NA SVATEM KOPEČKU OLOMOUC	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marna Blažková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marna Blažková hlavní sestra podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím HOSPIC NA SVATEM KOPEČKU Sadové nám. 24 772 00 OLOMOUC SV. KOPEČEK Tel.: 51 772 00 758 podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím HOSPIC NA SVATEM KOPEČKU Sadové nám. 24 772 00 OLOMOUC SV. KOPEČEK Tel.: 51 772 00 758 podpis Marna Blažková hlavní sestra	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	29.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	13	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V... Liberci dne 1.12.2011 Podpis studenta... Kaderábková Jitka




PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JITKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	209000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH HOSPICÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	HOSPIC SV. ALŽBĚTY BRNO	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Bláhová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Hana Bláhová hlavní sestra podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím HOSPIC SV. ALŽBĚTY Kamenná 36, 639 00 Brno tel.: 543 214 761 m.: 777 883 639 podpis IČZ: 72058000	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Gabriela o.s. HOSPIC SV. ALŽBĚTY Kamenná 36, 639 00 Brno tel.: 543 214 761 m.: 777 883 639 podpis IČZ: 72058000	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	29.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	12	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 1.12.2011


 podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JITKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	Z09000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH HOSPICÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	HOSPIC STRASBURK PRAMA-BOHNICE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Blažková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	29.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	12	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

v Liberci dne 1.12.2011 Podpis studenta: Kaderábková Jitka



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JITKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	209000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH HOSPICÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	HOSPIC SV. JANA N. NEUMANNOVA PRACHEŤICE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marna Bláhová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. podpis Mgr. Marna Bláhová hlavní sestra	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Neumannova 144 383 01 Prachetice podpis R. Bláhová	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Neumannova 144 383 01 Prachetice podpis R. Bláhová	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	29.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	8	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 1.12.2011 Podpis studenta: Jitka Kaderábková





PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JITKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	209000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH HOSPICIÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	HOSPIC SMÍŘENÍ CHRUĐIM	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Bláhová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. podpis Mgr. Hana Bláhová hlavní sestra K Ploché dráze 602 537 01 Chrudim IV IČO: 266 253 65 tel.: 461 001 900 HOSPIC CHRUĐIM Smíření – hospicové zařízení pro Pardubický kraj	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím HOSPIC CHRUĐIM Smíření – hospicové zařízení pro Pardubický kraj	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím HOSPIC CHRUĐIM Smíření – hospicové zařízení pro Pardubický kraj	
Datum zahájení výzkumu	1. 12. 2011	
Datum ukončení výzkumu	29. 2. 2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	12	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 1. 12. 2011

Kaderábková Jitka

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KADERÁBKOVÁ JITKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VŠEOBECNÁ SESTRA	209000050	3.
Téma práce	KVALITA PALIATIVNÍ PÉČE V LŮŽKOVÝCH MOSPICÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	MOSPIC SV. LAZARA PLZEN	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jana Bláhová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec a.s. podpis Jana Bláhová hlavní sestra	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Jana Kalousová hlavní sestra	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Jana Kalousová hlavní sestra	
Datum zahájení výzkumu	1.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	29.2.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	11	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 1.12.2011 Podpis studenta: Kaderábková Jitka

